Vol. 244 Gennajo 1878

LIBRERIA E CARTOLERIA DI SEVERINO SCHIAVI PIACENZA

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA E CHIRURGIA

PARTE RIVISTA

GIÀ DIRETTA DA SORESINA E DE-CRISTOFORIS

ORA DA

A. CORRADI

CONSIGLIO DIRETTIVO

De Giovanni Achille
Golgi Camillo
Quaglino Antonio
Ricordi Amilcare
Scarenzio Angelo
Zucchi Carlo

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI
1878.

Recentissima Pubblicazione

APPENDICE TERZA ED ULTIMA
AL RICETTARIO 1875

Del Dott. Cav. G. B. SORESINA

A quest'Appendice va unita una pregevole Monografia del chiarissimo dott. F. COLETTI, prof. di farmacologia e tossicologia nella Università di Padova — *La cura biologica dei veneficii secondo la scuola tossicologica italiana* —

Milano 1878. — Un vol. in-8 di pag. 400. — Prezzo Lire **4**.

Con questa terza ed ultima *Appendice* l'Autore intende di aver completato il suo **RICETTARIO**, diviso in quattro volumi, come segue:

Ricettario 1875, un vol. in-8 di pag. 480				L. 5
Idem	*Appendice* 1.ª 1876, 1 vol. in-8 di pag. 300			» 3
Idem	id.	2.ª 1877	id. id. 300	» 3
Idem	id.	3.ª (ed ultima) 1878, id. 400		» 4
			Totale	L. 15

Acquistando tutti insieme i quattro volumi di questo **RICETTARIO**, si potranno avere per sole **L. 12**, dirigendosi agli Editori ***Fratelli Rechiedei, Milano.***

LA TANNIZZAZIONE DEI TESSUTI ANIMALI
RACHEOTOMIA ANTERIORE E POSTERIORE
INVAGINAMENTO INTESTINALE
L'ORGANO DELLA PAROLA
DEL PROF.
BRUNETTI LODOVICO

Padova 1878. — Un vol. in-8 con 6 tavole — Prezzo L. **5**.

Lezioni di chimica farmaceutica
E TOSSICOLOGIA
DI
NICOLA REALE

LIRE 6.

DELL'ETÀ CRITICA
nello stato di salute e di malattia
TRATTATO PRATICO
DELLE AFFEZIONI NERVOSE E DI ALTRA NATURA
DI
TILT EDWARD JHON
prima versione italiana sulla terza edizione inglese.

Prezzo L. 6.

ANNALI UNIVERSALI

DI

MEDICINA E CHIRURGIA

PARTE RIVISTA

GIÀ DIRETTA DA SORESINA E DE-CRISTOFORIS

ORA DA

A. CORRADI

COLLEGIO SANITARIO PIACENTINO

CONSIGLIO DIRETTIVO

De Giovanni Achille
Golgi Camillo
Quaglino Antonio
Ricordi Amilcare
Scarenzio Angelo
Zucchi Carlo

VOLUME 244

1.° SEMESTRE 1878

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI

1878.

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll.	
No.	

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

del prof. A. DE-GIOVANNI.

Beneke — *Patogenesi del reumatismo articolare.*
Traube — *Manifestazione di una più forte azione della digitale, ecc.*
Fraentzel — *Delirio nel reumatismo articolare acuto.*
Id. — *Polso alternante, ecc.*
Id. — *Terapia del reumatismo articolare.*
Striker — *Sui risultati della cura del reumatismo poliarticolare coll'acido salicilico.*
Riess — *Sull'uso interno dell'acido salicilico specialmente nella cura del reumatismo articolare.*
Senator — *Cura del reumatismo poliarticolare mediante iniezioni ipodermiche di acido carbolico.*
Abramowski — *Il reumatismo articolare acuto e suo modo di rispondere alla corrente indotta.*
Drosdorff — *Cura del reumatismo articolare acuto colla elettricità e l'acido salicilico.*
Heubner — *Cura dell'iperpiressia nel reumatismo articolare acuto.*
Cron — *Caso mortale di scorbuto.*
Marchand — *Incubazione del vaiuolo e della scarlattina.*
Förster — *Alcune osservazioni sul modo di diffondersi del morbillo e della scarlattina.*
Schwimmer — *Valore terapeutico dell'acido salicilico negli esantemi acuti.*
Wallenberg — *Un caso di permanente cangiamento di colore dei peli e della pelle in seguito a scarlattina.*
Clever — *Un caso raro di scarlattina.*
Huettenbrenner — *Sulla recidiva degli esantemi acuti, e specialmente della scarlattina.*
Koerner — *Sulla recidiva della scarlattina.*
Burkhardt-Merian — *Esantema scarlattinoide recidivante.*
Schwarz — *Osservazioni e riflessioni sull'epidemia morbillosa dell'anno 1875-76.*
Schmidt-Rimpler — *Sulle affezioni oculari prodotte dal morbillo.*
Königstein — *Malattie oculari durante e dopo il morbillo.*
Ivanowsky — *Dei nodi parassitarii nei polmoni dei vaiuolosi.*
Keller — *Risultati dell'epidemia vaiuolosa negli anni 1872, ecc.*

Morf — *Osservazioni raccolte durante una epidemia vaiuolosa a Crefeld s. R. negli anni 1871-72.*

Hiller — *Ricerche sul contagio del vaccino.*

Voigt — *Il vaccino animale dello stabilimento amburghese di vaccinazione.*

Bez — *Della contemporaneità delle febbri esantematiche, ecc.*

Ricci — *Una nuova forma della infezione carbonchiosa.*

Capozzi — *Le malattie di cuore in mezzo al reumatismo articolare si oppongono assolutamente ed in ogni caso ai bagni termo-minerali?*

Bouchard — *Sull'eziologia della febbre tifoide.*

Zur pathogenese des gelenkrheumatismus. (*Patogenesi del reumatismo articolare*); del dott. Beneke. (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, N. 12).

Bencke espone 246 casi di reumatismo articolare da lui curati, dei quali 182 allo stadio acuto, e 64 allo stadio di artrite deformante. Dal punto di vista eziologico, fa notare che i due sessi furono egualmente colpiti: 129 maschi, 117 femmine. I casi acuti si verificano specialmente verso la pubertà: su 214 casi, 50 riguardano l'età fra i 10 e i 15 anni; 38 quella tra i 15 e i 20; 32 quella tra i 20 e 25, e 23 quella tra i 5 e i 10, ecc. La ereditarietà fu del 34,6 per cento. Bencke espone anche una lunga lista di momenti eziologici diretti. tra i quali: la costituzione scrofolosa (6 0[0), l'irritabilità nervosa (5,6 0[0), le malattie uterine (10,7 0[0) il puerperio (5,1 0[0), le circostanze professionali (8,8 0[0), gli eccessi sessuali (4,6 0[0), le forti emozioni, ecc. Tutti questi momenti cagionano debolezza nel sistema nervoso, e questa l'Autore indica quale causa prima del reumatismo articolare. Ad essa deve aggiungersi anche un momento umorale, attribuito dall'Autore alla presenza di un eccesso di acidi organici nei liquidi del corpo per la relativa mancanza di potassa: infatti il reumatismo articolare è ignoto agli erbivori, i quali assumono meno acido fosforico e più potassa dei carnivori. La debolezza del sistema nervoso può essere congenita od acquisita, ma non tien rapporto colla costituzione: nei 216 casi, 54 erano di costituzione gracile, 101 di costituzione media e 45 di costituzione robusta. C. P.

Schneller Eintritt einer starken Digitalis Wirkung, etc. (*Manifestazione di una più forte azione della digitale, ecc.*); del dottore Traube. (*Neue Charité.* Annal. I. pag. 523).

Traube riferisce due casi di reumatismo articolare acuto, in cui la digitale (alla dose di 1,0-2,0 per 150 grammi ogni 2 ore) rimase per più giorni senza influenza sulla temperatura e sul polso; mentre dietro le applicazioni fredde (nel 1° caso dopo un bagno freddo, nel 2° dietro la applicazione di vesciche di ghiaccio al capo e sul corpo), la temperatura discese in breve da oltre 40° a poco più di 38°, e il polso da 100 a 56. In questi casi dunque il raffreddamento accelerò l'azione della digitale.

C. P.

Delirien beim rheumatismus articulorum acutus. (*Delirio nel reumatismo articolare acuto*); del dott. FRAENTZEL. (*Neue Charité*, Annal. pag. 353).

Pulsus alternans bei einem grossen, etc. (*Polso alternante, ecc.*). (Idem ibidem).

Therapie des acuten gelenkrheumatismus. (*Terapia del reumatismo articolare*). (Id. ibid.).

Nella sua memoria Fraentzel racconta di 9 casi di reumatismo articolare con gravi fenomeni cerebrali: in due la temperatura era assai elevata senza esistenza di complicazioni (42°,5): quattro altri invece a temperatura moderata caddero in delirio furioso, e mostrarono una sorprendente dilatazione acuta dell'ottusità cardiaca: alla sezione si trovarono le cavità del cuore dilatate, e la muscolatura flaccida e fragile. Nei tre ultimi casi alle gravi insorgenze cerebrali, caratterizzate da sonnolenza, si aggiunse la pericardite: all'autopsia si trovò adesione fra le pagine pericardiche. Perciò i sintomi cerebrali sopravvenuti nei casi dei due ultimi gruppi, l'Autore li ripete da anemia del cervello per il difetto dell'attività cardiaca, successiva a degenerazione del cuore o a sinecchie del pericardio.

Più oltre, Fraentzel riporta il caso di un reumatismo articolare acuto, in cui si verificò un fenomeno simile al *pulsus alternans* di Traube: ad ogni due battute succedeva una pausa, ogni seconda battuta era più debole della prima (nel caso di Traube avveniva precisamente il rovescio). A spiegare questo fatto bisogna notare che esisteva un notevole essudato pericardico; per lo che si può supporre avvenisse nel sacco pericardico dilatato uno stiramento ed un' oppressione dei rami nervosi moderatori, ed un aumento di eccitazione dei rami motori per accumulo di acido carbonico nel sangue.

Quanto a terapia, Fraentzel ritiene che il miglior metodo di cura del reumatismo articolare sia ancora quel di Davies. Di 167 casi, egli ne curò 113 con detto metodo, 15 colla propilamina, 20 col bicarbonato di soda, 19 con mezzi derivativi; ed afferma di aver ottenuto risultati pronti e sicuri solo col metodo di Davies. Egli fa mettere una lista di empiastro cantaridato, largo tre dita sopra o sotto l'articolazione affetta, e fa contemporaneamente delle iniezioni di morfina. La stranguria non fu mai considerevole, il metodo non è tormentoso. L'effetto è tanto più soddisfacente quanto più prevalgono le affezioni articolari. C. P.

Ueber die Resultate der Behandlung der Poliarthritis rheumatica durch Salicylsäure. (*Sui risultati della cura del reumatismo poliarticolare coll'acido salicilico*); del dott. STRIKER. (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, N. 1 e 2).

Nachtrag zur innerlichen Anwendung der Salicylsäure, insbesondere bei dem acuten Gelenkreumatismus. (*Sull'uso interno dell'acido salicilico specialmente nella cura del reumatismo articolare*); del dott. RIESS. (Id. N. 8).

Anche Stricker raccomanda l'uso dell'acido salicilico nel reumatismo

articolare acuto: egli garantisce di poter guarire con quello ogni caso fresco in non più di 48 ore. Ed espone quindi 14 casi osservati alla clinica di Traube, dei quali 5 vengono più specialmente illustrati: ad essi vennero somministrati da 8 a 15 gr. di acido salicilico nelle 24-48 ore. Il vero specifico è l'acido salicilico puro, dato alla dose di 0,5-1,0 ogni 1-2 ore nell'ostia. L'Autore fa notare che il rimedio non solo è antipiretico, ma agisce direttamente in prima linea sui fenomeni locali. In un altra nota l'Autore aggiunge che per assicurare il paziente da una recidiva, bisogna continuare l'amministrazione dell'acido salicilico ancora per 8 giorni dopo, alla dose di 1,5-2,5. Nel reumatismo cronico, blennorragico o dissenterico o settico, l'Autore ritiene l'azione dell'acido salicilico come dubbia e negativa.

Riess invece avverte che non si può finora ritenere come specifica l'azione dell'acido salicilico nel reumatismo articolare. Nei 30 casi da lui curati mercè il medesimo (salicilato di soda ad alta dose), non potè osservare che la malattia venisse costantemente troncata. Egli perciò crede ancora, come già l'aveva pubblicato nel 1875 (*Bericht für*, 1875, I. pagina 487), che il rimedio in discorso agisca prevalentemente come antipiretico; le affezioni articolari migliorano per lo più rapidamente col cadere della temperatura. E secondo lui le teorie addotte da Stricker perdono del loro valore perchè non vi è preso in considerazione il principio della malattia. Anzitutto l'Autore fa notare la grande varietà di decorso del reumatismo articolare, e l'impossibilità di giudicare della sua influenzabilità da pochi risultati. Così egli oppone tra gli altri 9 casi trattati con una cura indifferente, i quali decorsero uno in 6 giorni, uno in 7, due in 9, ecc., mentre quelli trattati coll'acido salicilico decorsero uno in 7 giorni, uno in 8, uno in 10, due in 13, ecc. Ad ogni modo dunque bisogna aspettare ancora un maggior numero di casi per decidere tale questione terapeutica. C. P.

Ueber die Behandlung der Polyarthritis rheumatica mit subcutanen Einspritzungen von Carbolsäure. (*Cura del reumatismo poliarticolare mediante iniezioni ipodermiche di acido carbolico*); del dott. SENATOR. (*Berl. Klin. Wochenschr.* N. 6).

Senator ha curato il reumatismo articolare col metodo di Kunze, cioè colle iniezioni di acido carbolico (soluzione 3 0[0]). In 25 casi egli lo trovò un buon metodo palliativo, che allontana il dolore e l'enfiagione in breve tempo (nel corso della prima ora, benchè non sempre). Le iniezioni agiscone con maggior efficacia sulle grosse articolazioni, assai meno sulle piccole articolazioni delle estremità; sembrano però indifferenti sulla febbre, sulle complicazioni cardiache, sul decorso della malattia. Alle dette iniezioni l'A. ascrive delle proprietà analgesiche, antiflogistiche e antipiretiche: da 5 esempi ch'egli adduce, parrebbe che, oltre al migliorare le condizioni locali, l'acido carbolico abbrevii la febbre e il decorso del male. C. P.

Der acute Gelenkrheumatismus und sein Verhalten zum inducirten Strom. (*Il reumatismo articolare acuto e suo modo di rispondere alla corrente indotta*); del dott. ABRAMOWSKI. (*Berlin. Klin. Wochenschrift.* N. 7 e 8).

Ueber die Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus mit Electricität und Salicylsäure. (*Cura del reumatismo articolare acuto colla elettricità e l'acido salicilico*); del dott. DROSDORFF. (*St. Petersb. med. Wochbl.* N. 4).

In opposizione a quanto Drosdorff asserisce, che le articolazioni affette da reumatismo perdono della propria sensibilità elettrocutanea, Abramowski, studiando su 14 casi, trovò invece che, rispetto alle parti sane, le dette articolazioni offrono quasi sempre un aumento della sensibilità dolorifica sotto l'azione della corrente faradica. Egli adopera gli elettrodi asciutti (pennello), mentre Drosdorff li bagnava. Quanto all' azione terapeutica dell'elettricità, l' Autore va d'accordo con Drosdorff: il dolore si calma assai presto, spesso appena dopo una seduta; il decorso del male è abbreviato (cura in media di 10 giorni); non si aggiunsero complicazioni cardiache durante questa cura.

Drosdorff continuò i suoi studi suaccennati sulla faradizzazione delle articolazioni affette da reumatismo; donde appare che la medesima rimove tanto il dolore quanto la gonfiezza e la febbre, per cui la durata della malattia si fa più breve. Su 19 casi, la durata media della cura fu di giorni 6,4. Egli usò sempre di elettrodi umidi, specialmente contro l'enfiagione delle articolazioni, riservando l' uso del pennello ad alleviare il dolore. Al diverso modo di procedere attribuisce egli la diversità dei risultati ottenuti da Abramowski. Quanto all' acido salicilico dato ad alta dose, egli trovò in 6 casi che influisce favorevolmente sui fenomeni locali, ma produce molestie soggettive, e recidive. Egli propone quindi una cura combinata, della faradizzazione e dell' acido salicilico a piccola dose (0,6 tre volte al giorno): e riferisce 8 casi così trattati che ebbero decorso favorevole. C. P.

Zur Behandlung der hyperpyrexie im acuten Gelenkrheumatismus. (*Cura dell'iperpiressia nel reumatismo articolare acuto*); del dottore HEUBNER. (*Archiv der Heilkund.* vol. 17, fasc. 2° e 3°, pag. 134).

Heubner, osservando che il metodo raccomandato da Fox nel 1871, per la cura di quei reumatisml articolari in cui la febbre e i fenomeni cerebrali sono imponenti (bagni freddi ed amministrazione di eccitanti) è poco usata in Germania, richiama l'attenzione sul seguente caso a lui occorso: Una donna di 28 anni, da 12 giorni soffriva di reumatismo articolare, con una febbre di 43°,5 e coma profondo: essa riebbesi dopo alcuni bagni a 16° con aspersioni d'acqua gelata, oltre ad iniezioni di canfora e clisteri di vino. Si continuarono i bagni (in complesso 36), e l'ammalata nei dì seguenti migliorò assai: però moriva per polmonite ipostatica, con decubito. L' Autore crede che i bagni freddi abbiano salvato la paziente dai pericoli minacciati dall'alta temperatura. Però l'esito fa-

tale viene da lui ancora attribuito ad alterazioni avvenute nel midollo allungato e nel midollo spinale; le quali egli si crede autorizzato a supporre per certi disturbi accusati dalla paziente nella funzione dei moti riflessi, come difficoltà a deglutire, senso di strozzamento, sbadigli, ecc.

C. P.

Ein tödtlicher Fall von Scorbut. (*Caso mortale di scorbuto*); del dottore Cron. (*Berl. Klin. Wochenschr.* N. 48).

Cron racconta il caso a lui occorso, di un giovane il quale ammalò in seguito ad un profondo spavento avuto per una scena notturna di cimitero: egli presentava infiltrazione emorragica di un braccio, delle orecchie, del volto, della nuca; inoltre grave stomatite scorbutica, diarrea sanguinolenta, sonnolenza, ecc.: e morì per la gangrena del braccio. Per l'Autore questa insorgenza scorbutica dipende senza dubbio dalla grave emozione, benchè l'abitazione del paziente fosse malsana ed umida.

C. P.

Incubation von Variola und Scarlatina. (*Incubazione del vaiuolo e della scarlattina*); del dott. Marchand F. (*Berl. Klin. Woch.*, 28).

Marchand racconta di una recluta, la quale cadde ammalata il 15 novembre 1871, e al 17 id. presentò un' eruzione scarlattinosa; poi, dopo aver condiviso la camera di un vaiuoloso tra il 20 e il 21 id., cadde di nuovo in istato febbrile il 30 novembre. Il 2 dicembre apparve un esantema maculoso, che al 4 id. diè luogo a belle pustole vaiuolose. Un infermiere, il quale venne a contatto della recluta il solo dopopranzo del 21 novembre, venne pure preso da febbre tre giorni dopo: l'eruzione dell'esantema scarlattinoso in lui avvenne probabilmente due giorni più tardi. Cosicchè l'incubazione del vaiuolo durò 10 giorni (13 giorni fino all'eruzione), e quella della scarlattina soli 3 giorni (5 giorni fino all'eruzione).

C. P.

Einige Bemerkungen über die Verbreitungsweise der Masern und des Scharlachs. (*Alcune osservazioni sul modo di diffondersi del morbillo e della scarlattina*); del dott. Förster R. (*Jahrb. für Kinderheilkunde*, N. F., Bd. 10).

Förster fa sapere che in Dresda, ogni 2-4 anni, si ripetono epidemie intense di morbillo, della durata di parecchi mesi; mentre la scarlattina non cessa mai. I casi di morte per scarlattina ammontano annualmente, dal 1862 in poi, a 18-171. La mortalità dei casi curati alla policlinica, dal 1834 è diminuita della metà, ed importa ora circa il 15 per 0[0. La durata dell'incubazione e de' prodromi del morbillo è quasi sempre di giorni 13 1[2-14; la trasmissione della malattia avviene di solito durante i prodromi. Il contagio del morbillo è fugace e presto si dissipa; per cui l'infezione di rado avviene per mezzo di terze persone o di oggetti di vestiario, ma quasi sempre direttamente. Di rado l'infezione parte da individui presso i quali l'eruzione ha raggiunto l'acme; però Förster racconta un caso in cui la trasmissione ebbe luogo 5 giorni dopo l'eruzione. La disposizione alla malattia — astrazion fatta dei bimbi al disotto

di 6 mesi, e degli individui che già la subirono — è generale. Quindi il morbillo si diffonde rapidamente, e presto si spegne. La sua diffusione è favorita dalle scuole. Förster raccomanda di non ammettere alla scuola, almeno per 2-3 settimane, i fratelli degli ammalati, se già essi non subirono la malattia. Molto diverso è il modo di diffondersi della scarlattina; il periodo di latenza oscilla tra 1 e 8 giorni. Il punto di partenza dell'infezione non è sempre fissabile, perchè a casi tipici di scarlattina si accompagnano spesso casi analoghi di angina senza esantema. Il contagio è meno volatile e più duraturo di quello morbilloso, e può esser trasportato da terze persone. La predisposizione varia fin nello stesso individuo secondo il tempo; e Förster ne adduce un esempio parlante. Pare che la scuola non eserciti grande influenza sulla diffusione della scarlattina. Come conclusione, l'Autore espone alcune osservazioni sull'angina febbrile, la quale, simulando i prodromi della scarlattina, può colpire ripetute volte il medesimo individuo; egli però non saprebbe dare alcun momento eziologico della stessa. C. P.

Heilwerth der Salicylsäure bei den acuten Exanthemen. (*Valore terapeutico dell'acido salicilico negli esantemi acuti*); del dott. Schwimmer. (*Wien. Med. Wochenschr.*, N. 33-36).

Schwimmer trattò 30 casi di vaiuolo, nei quali la temperatura superava i 38°, coll'acido salicilico, alla dose di 2-5 grammi, *per diem.* Egli non verificò nè un' azione antisettica, nè una rilevabile influenza sul grado della febbre. Di 12 fanciulli trattati coll'acido salicilico ne morirono 8; di 18 adulti 10. La proporzione dei decessi non apparve diminuita da questa cura. Di 10 ammalati di scarlattina e 30 di morbillo la metà fu curata coll'acido salicilico; ebbene, tutti guarirono, meno un fanciullo non curato coll'acido salicilico, il quale morì. L'Autore quindi conchiude che *non è inverosimile* che il detto mezzo possa giovare nel morbillo e nella scarlattina. C. P.

Ein Fall von bleibender Veränderung der Haar; und Hautfarbe nach Scharlachfieber. (*Un caso di permanente cangiamento di colore dei peli e della pelle in seguito a scarlattina*); del dott. Wallenberg. (*Vierteljahreschr. f. Dermat. und Syphilis*, Bd. 8, pag. 63).

Wallenberg riferisce un caso assai interessante di perdita del pigmento cutaneo in seguito a scarlattina. Un giovane di anni 21 1[2 ammalò di scarlattina il 4 gennaio 1869; il decorso della malattia fu regolare fino al periodo della disquammazione. Questa avvenne in modo straordinariamente forte su tutta la superficie del corpo, imperocchè quasi dappertutto l'epidermide venne distaccata dal reticolo malpighiano per opera di un essudato: caddero pure le unghie di tutte le dita, i capelli e perfino la lanugine. Tale periodo durò 4 settimane. Il colore dei capelli e della pelle riprodottisi si mantenne come in un Albino, mentre dapprima i capelli avevano un color castano scuro, e la pelle era bruniccia. La sostanza corticale dei capelli era affatto incolora, e nella midollare non si notava alcun abnorme sviluppo di aria, anzi era qua e là

interamente libera di bolle d'aria. La pelle era di un color bianco latteo, appena accennante al roseo, e rimase assai irritabile; cosicchè applicazioni locali di unguento cinereo, l'insolazione, l'uso interno di chinino erano causa di eritema e perfino di eczema generale. C. P.

Ein seltener Scharlachfall. (*Un caso raro di scarlatlina*); del dottor Clever. (*Petersb. Med. Wochenschr.*, N. 19).

In questo caso, che riguarda una ragazza di 12 anni, le sierose vennero fortemente interessate dal processo. Il 4 marzo cominciò la malattia, l'8 apparve una forte eruzione scarlattinosa. La temperatura oscillava tra 39°,8 e 40°,8. L'11 marzo apparve uno scolo dall'orecchio sinistro; il 12 una pleurite sinistra (dolori veementi e rumori di sfregamento); il 13 peritonite con leggiero versamento; il 15 pericardite; il 16 ulcerette sulla lingua. I fenomeni della pleurite si aggravarono; il 20 pneumotorace, dislocazione del cuore verso destra, ortopnea; il 21 si sentiva la punta del cuore battere sulla linea mamillare destra. Il 22 edema del polmone destro. (Morte). Non si fece l'autopsia. C. P.

Ueber zweimaliges Auftreten von acuten Exanthemen, insbesondere von Scharlach. (*Sulla recidiva degli esantemi acuti, e specialmente della scarlattina*); del dott. v. Huettenbrenner. (*Jahrb. f. Kindh. N. F.*).

Ueber Scharlachrecidive. (*Sulla recidiva della scarlattina*); del dottor Koerner. (*Idem.*, Bd. 9, pag. 362-382).

Recidivirendes Scharlachähnliches Exanthem. (*Esantema scarlattinoide recidivante*); del dott. Burkhardt-Merian Alberto. (*Correspondenzblatt der Schweizer Aerzte*, N. 13).

Sul recidivare della scarlattina o di esantemi a lei consimili si hanno parecchie memorie. Huettenbrenner racconta di due fratellini (uno di 7 anni, l'altro di 3 1|2), i quali nell'inverno avevano superato il morbillo e la varicella; il minore ammalò poco dopo di scarlattina. La deforforazione del tronco incominciò sulla fine della seconda settimana; la disquammazione degli arti avvenne nella terza. Sulla fine di aprile ammalò di scarlattina anche il fratello maggiore, benchè fosse stato allontanato dal minore, il quale poi 12 giorni più tardi ricadeva ammalato. Questa seconda volta la malattia, recidivata a 2 mesi di distanza, fu più grave; però esitò colla guarigione. L'Autore fa notare che la sicurezza della diagnosi deve basare sulla presenza dei fenomeni caratteristici della scarlattina, e specialmente sulla disquammazione. Nel caso descritto vi sarebbe stato come una disposizione ereditaria, imperocchè la madre, durante la malattia dei due figli, fu pure presa da angina febbrile, accompagnata da placche difteriche sulle tonsille e da albuminuria, e seguita poi da leggiera deforforazione.

Koerner, come Thomas, distingue i casi i cui si ha una seconda eruzione scarlattinosa in tre classi: *a*) Pseudo-recidive, quando avvengono due eruzioni nel decorso della febbre scarlattina; *b*) Vere recidive, quando la seconda eruzione avviene immediatamente dopo il decorso della prima od anche durante il periodo disquammativo della medesima; *c*) Seconda

febbre scarlattina dovuta a nuova infezione, la quale avv'ene solo dopo lungo tempo dalla prima. L'Autore quindi passa in rivista esattamente i casi raccolti nella letteratura appartenenti a ciascuna di queste tre classi. Detta rivista contiene relativamente pochi esempj (6) di pseudo-recidive, perchè di solito tali casi non vengono pubblicati. Di vere recidive ne sono addotte 54, tre delle quali sono di Thomas, qui per la prima volta pubblicate. Di reinfezione scarlattinosa a distanza Koerner ne registra 85 casi (due volte) ed alcuni fin di tre e quattro volte nel medesimo individuo. La seconda infezione non era di solito meno grave della prima. Pare che in tali casi non mancasse una certa predisposizione ereditaria.

Il caso osservato da Burckardt riguarda una cuoca di 58 anni, nella quale un' eruzione simile alla scarlattinosa ebbe luogo in seguito ad un forte catarro intestinale. L'angina mancava, come era mancata durante le infezioni scarlattinose toccatele tre e sei anni prima; si notava invece l'esantema sulla cute dell'addome; la febbre era leggiera. Ne conseguì anche abbondante disquammazione. Dopo 9 mesi la paziente moriva d'apoplessia. C. P.

Betrachtungen und Reflexionen über die Morbillen-Epidemie im Jahre 1875-76. (*Osservazioni e riflessioni sull'epidemia morbillosa dell'anno 1875-76*); del dott. Schwarz. (*Wien. Med. Presse*, N. 43).

Schwarz crede di aver osservato, durante l'epidemia di morbillo che dominò in Vienna dal settembre 1875 al giugno 1876, 8 casi di recidiva. La prima infezione era preceduta nei seguenti lassi di tempo: in un caso da 46 anni, in un altro da 14, e così via 12, 2, 1; in un caso poi aveva preceduto solo da 20 giorni, in un altro da 14, e nell'ultimo da 10 giorni. Sette di questi casi li osservò l'Autore istesso. Egli dà come segno sicuro per la diagnosi un esantema maculoso alle fauci. C. P.

Ueber die bei Masern vorkommenden Augenaffectionen. (*Sulle affezioni oculari prodotte dal morbillo*); del dott. Schmidt-Rimpler. (*Berl. Klin. Wochenschr.*, N. 15 e 16).

Augenerkrankungen während und nach Ablauf der Masern. (*Malattie oculari durante e dopo il morbillo*); del dott. Königstein L. (*Oestern. Jahrb. für Pädiatrie*, fasc. 2).

Schmidt-Rimpler passa in rassegna le varie oftalmie morbillose. Coll' infiammazione della mucosa rivestente il legamento palpebrale, la quale si manifesta di solito già prima dell'eruzione esantematica, si osservano abbondante lagrimazione e fotofobia. La prima si spiega coll' impedito deflusso delle lagrime a cagione del rigonfiamento della mucosa del canal nasale; la fotofobia poi sta in relazione colla tenera età del paziente, il quale, reagendo sproporzionatamente, ha facilmente lo spasmo dell'orbicolare; essa cede però presto coll' immergere qualche volta il capo nell'acqua. Altre forme di oftalmie morbillose sono la congiuntivite e la cheratite flictenoide; le si osserva specialmente in individui scrofolosi, che già soffrirono di tali forme. Una o più settimane dopo l' eruzione

morbillosa, si osserva qualche volta una forte blennorrea, che può esser collegata ad un processo difterico; talora poi infiltrazioni purulente subdole, e fin rammollimento della cornea. Quest' ultima, descritta per la prima volta da Fischer (1846; *Lehrbuch der gesammten Eutzündung und organischen Krankheiten des menschlichen Auges*), è assai rara e di decorso rapido; essa senza dare fotofobia, distrugge la cornea, la quale in pochi giorni diventa insensibile. Incerta ancora è la causa di questa malacia della cornea, se dipenda da un' affezione cerebrale o da uu' invasione di funghi. L' iride ammala pure di spesso in seguito alle affezioni corneali. Fotofobia persistente, amaurosi e strabismo sono residui eccezionali dopo il morbillo. La cura di tutte queste affezioni si fa precisamente come nei casi ordinari; si prenderanno in considerazione l'accresciuta eccitabilità della pelle, e lo stato generale delle forze. La troppa oscurità in cui si tengono gli ammalati viene da Schmidt-Rimpler biasimata.

L'esposizione delle malattie oculari nel morbillo fatta da Königstein concorda in massima colla precedente. L'Autore si limita ad accennare che le ulceri e gli ascessi della cornea (manifestantisi secondo lui solo 3 o 4 settimane dopo l'eruzione) si avverano preferentemente in individui che superarono una polmonite morbillosa, o che hanno l'infiltrazione tubercolare polmonare in corso, o una periostite o la foruncolosi.

C. P.

Die parasitären Knoten in den Lungen bei Variola. (*Dei nodi parassitarii nei polmoni dei vaiuolosi*); del dott. Ivanowsky N. (*Centralblatt f. d. med. Wissensch.*, N. 45).

L'Autore fece 14 autopsie di individui morti di vaiuolo, e otto volte trovò nelle parti inferiori dei polmoni dei nodetti rossi e grigi, non più grossi di un pisello. Gli alveoli polmonari erano ivi ripieni di cellule epiteliali deperite granulosamente, e di cellule simili ai globuli bianchi del sangue disposte in una rete fibrinosa. Negli alveoli dei noduli rossi trovavansi pure delle emazie, ed i capillari erano turgidi di sangue. Nei noduli grigi invece i vasi erano per lo più vuoti, e le cellule più o meno distrutte. Nelle parti centrali poi tanto dei noduli grigi che dei rossi, l'Autore osservò alcuni alveoli pieni di globuli finissimi e assai rifrangenti. Questi globuli erano in parte disposti in serie, occupando tutto o solo metà l'alveolo; tenevansi indifferenti all'azione dell'acido acetico, dell'etere, della potassa caustica; erano però lievemente colorati dal jodio. L'Autore ritiene questi focolaj parassitari come una conseguenza dell' inspirazione di aria infetta dal virus vaiuoloso; e spiega la formazione dei noduli per l' infiammazione reattiva dei tessuti circostanti ai medesimi focolaj.

C. P.

Ergebnisse der Blatternepidemie in den Jahren 1872, 73 und 74 bei den Bediensteten der K. K. österreich. Staatseisenbahngesellschaft. (*Risultati dell'epidemia vaiuolosa negli anni 1872, ecc.*); del dott. KELLER Jos. (*Wiener med. Wochenschr.*, N. 33 e seg.).

Beobachtungen gessammelt während einer Pockenepidemie zu Crefeld a. R. in den Jahren 1871 und 1872. (*Osservazioni raccolte durante una epidemia vaiuolosa a Crefeld s. R. negli anni 1871-72*); del dottor MORF J. (*Aerztliches Intelligenzbl.* (Monaco), N. 6 e 7).

Keller, il quale in sue precedenti osservazioni era venuto nella convinzione che l'uso della vaccinazione è inutile, anche stavolta, dalle osservazioni fatte nell'epidemia che fu negli anni 1872-73-74 tra gli impiegati delle ferrovie dello stato austriaco, si riconferma nella propria opinione. Nel 1874 su 410 vaccinati ne morirono 58 (14,15 per 0[0), su 302 non vaccinati ne morirono 87 (28,8 per 0[0). Nel primo anno di vita la mortalità fu del 32 per 0[0 nei vaccinati, del 50 per 0[0 nei non vaccinati; nel secondo anno fu del 31,25 per 0[0 nei primi, del 46,67 per 0[0 nei secondi; in tutti gli altri si ebbe una media del 12,2 per 0[0 per i vaccinati, 20,5 per 0[0 per i non vaccinati.

Morf invece è venuto a conclusioni diverse. In tutto il distretto di Düsseldorf, ammalarono di vaiuolo (dal 1° settembre 1870 al 31 dicembre 1871) ben 30879 persone, e ne morirono 6466, ossia il 20,9 per 0[0. Ora la mortalità dei non vaccinati fu del 61 per 0[0, quella dei vaccinati del 21,7 per 0[0, e quella dei rivaccinati del 17,6 per 0[0. Dei 58000 abitanti di Crefeld ne ammalarono 2878 (5 per 0[0), e ne morirono 529 (0,9 p. 0[0).

Morf propone la denominazione di *Variolæ Petechiales* o *Scorbuticæ* per il vaiuolo emorragico ch' egli osservò di frequente in Crefeld. In 3 ammalati nel decorso del vaiuolo sopravvenne delirio di persecuzione. In 2 persone da lui vaccinate avvenne l'eruzione del vaiuolo una settimana dopo; la febbre fu abbastanza grave, però l' esito fu favorevole. Una cameriera, la quale era stata portata alla stazione dei vaiuolosi comechè sospetta ammalata di vaiuolo, fu vaccinata il giorno dopo, e si fermò nella stazione medesima. Ebbene, essa presentò a tempo debito delle pustole vacciniche regolari, ed andò esente dal vaiuolo.

C. P.

Untersuchungen über das Contagium der Kuhpocken. (*Ricerche sul contagio del vaccino*), del dott. HILLER. (*Centralbl. d. med. Wisseusch*).

Hiller ha trovato nella linfa vaccinica fresca, oltre a'componenti accidentali (scaglie epidermidali, cellule del reticolo malpighiano, corpuscoli rossi del sangue) e normali (corpuscoli linfatici, frammenti dei medesimi, coaguli fibrinosi, concrezioni albuminose amorfe finamente granulose, cristallini di pigmento sanguigno), anche una quantità di granuli apparentemente grassosi, ed altri pallidi ed opachi: di essi una parte scioglievasi in una soluzione al 10 per 100 di potassa, l'altra no: onde l'Autore li ritiene in parte di natura albuminosa, in parte vegetale. I granuli dell' ultimo gruppo (Micrococchi) non hanno forme ca-

ratteristiche. Di solito sono immobili Monococchi, altra volta anche Streptococchi, Monobacterii, Diplobacterii. Dal 4.° al 5.° giorno il numero dei globuli sanguigni e dei granuli aumenta continuamente, benchè la linfa si mantenga limpida in apparenza. Numerosissimi sono nel periodo di essiccamento, quando la linfa va perdendo della propria efficacia. In 11 casi su 48 però l'Autore non ne ha trovato. E una linfa affatto pura d'organismi (?) diede luogo a 30 belle pustole in seguito a 36 punture fatte complessivamente su 6 fanciulli. Ne verrebbe quindi che il rapporto tra la presenza dei micrococchi e la contagiosità della linfa non è costante. Si è anche abbandonata la linfa a sè, e dalla porzione depositata si ottennero migliori risultati che non colla sopranuotante. La linfa bollita fu affatto inattiva. L'aggiunta di 1 1[2 per 100 di acido carbolico diminuì d'assai l'attività della linfa, e al 2 per 100 la spense del tutto. L'aggiunta di glicerina nella proporzione dell'1 a 2 non diminuiva ordinariamente l'efficacia della linfa; ma maggiore proporzione di glicerina faceva diminuire il numero e la perfezione delle pustole. Il contagio vaccinico non si potè allevare fuori degli organismi animali. La linfa, ridotta a metà volume per mezzo dell'evaporazione, si mostrò quasi doppiamente efficace. L'Autore conferma l'osservazione di Keber, che nei coaguli che si separano dalla linfa il contagio vajolico è più concentrato. Gli innesti fatti col sangue di individui vaccinati rimasero senza effetti di sorta. C. P.

Die animale Vaccine der Hamburger Impfanstalt. (*Il vaccino animale dello stabilimento amburghese di vaccinazione*), del dott. Voigt Leonard. (*Deutsche Vierteljahrschz. f. öff. Gesundk.* Vol. 8.°).

Dopochè in Amburgo, nello stabilimento ivi eretto nel 1872 per la vaccinazione, fu innestata la sifilide — i vacciniferi, i quali dovevano avere un'età tra i 6 mesi e i 12 anni, venivano rigorosamente visitati, specialmente in quanto riguarda le forme cutanee e sifilitiche, e gli ingorghi ghiandolari. Tutti i fanciulli mal nutriti, e quelli le cui pustole erano purulente o non ben sviluppate, venivano scartati. Più tardi il medico in capo, Voigt, si recò in Olanda onde studiare i *Parcs vaccinogènes* eretti a Rotterdam, Amsterdam, Haag, Utrecht. Dietro l'esperienza così acquisita, nel giugno 1875, si fondò anche ad Amburgo uno stabilimento analogo. Ivi vengono innestati 5 vitelli alla settimana in estate, e 2 nell'inverno. Si affranca il vitello ad una tavola apposita, gli si rade il ventre, e gli si fanno da 60 a 100 punture, a 3 centimetri l'una dall'altra. Le pustole maturano in 5 giorni d'estate; d'inverno un po'più tardi. Il vitello si tiene in istalle assai strette (52 a 56 centim., di larghezza), e gli si lega anche la testa un po' alto perchè non possa leccare le pustole. Il pus si raccoglie col premere, mediante una pinzetta, la base della pustola: questa scoppia, e ne esce una gocciola, che si conserva tra due laminette di vetro, meglio che nei tubetti. L'inoculazione si fa col metodo inglese, cioè si raschia colla lancetta fino a produrre una escoriazione piana e rotonda, e vi si depone sopra il

pus. Lo sviluppo delle pustole nei fanciulli si fa aspettare più che quando si usa la linfa umanizzata; talvolta non si ha alcuna manifestazione nemmeno 7 giorni dopo. Però quando dopo ripetute inoculazioni da braccio a braccio la linfa diventa umanizzata, anche l'eruzione si fa più presto. Voigt preferisce decisamente la linfa animale; solo che questa non corrisponde a tutta l'economia desiderabile. C. P.

De la contemporaneité des fièvree éruptives et de leur coexistence avec la fièvre typhoïde chez le même individu. (*Della contemporaneità delle febbri esantematiche, ecc.*), del dott. Bez. (*Revue des Sciences Médicales*, tomo 10.°, pag. 351).

Con questa tesi, l'Autore confuta la legge stabilita da Hunter, ed accettata quasi senza contestazione da molti patologi, della incompatibilità delle febbri eruttive. L'Autore studia successivamente i fatti di coesistenza delle diverse febbri eruttive apparse due a due nel medesimo individuo (morbillo e scarlattina, morbillo e vajuolo, scarlattina e vajuolo, ecc.), di coesistenza della tifoide colle febbri esantematiche; e finalmente i casi più rari d'associazioni ternarie. Il morbillo e la scarlattina coesistenti nel medesimo soggetto seguono ciascuno le proprie fasi evoluttive, senza che l'uno sospenda l'altra. L'eruzione rubeolare è qualche volta parziale ed abbreviata nel decorso; il catarro prodromale può mancare. Queste anomalie sono molto più frequenti di quelle della scarlattina, benchè non siano costanti. Le complicazioni viscerali sono dipendenti più spesso dalla scarlattina. Il pronostico è grave specialmente quando alla scarlattina tenga dietro il morbillo. — Il morbillo associato al vajuolo ritarda la maturazione delle pustole, ma solo nel suo stadio febbrile; quindi pare che agisca in ciò come un'affezione febbrile qualunque. Mai non avviene che sospenda od interrompa l'eruzione vajuolica. L'incubazione del vajuolo nei morbillosi dura come d'ordinario; i sintomi viscerali predominanti son quelli del morbillo. Le eruzioni sono più gravi quando si succedono che non quando sono contemporanee.

La maggior parte delle osservazioni di vajuolo con scarlattina riguardano degli individui affetti da vajuoloide, i quali, entrando all'Ospitale, prendono una scarlattina quando già comincia l'essiccazione.

Le eruzioni scarlattiniformi prodromali e secondarie sono state prese certamente per associate; quindi l'errore. Il periodo in cui appare l'eruzione, lo stato della lingua e delle fauci, del polso e della temperatura costituiranno gli elementi per una diagnosi esatta.

L'influenza reciproca del morbillo e della varicella è nulla; il rapporto cui West crede esista tra queste due malattie non è dimostrato. — Le febbri esantematiche, durante l'incubazione o l'invasione delle quali si praticò l'inoculazione vaccinica, non furono mai causa di mancato sviluppo del vaccino, o di prolungata sua incubazione, o di vaccino illegittimo: esse esercitano un'influenza solo sui periodi di maturazione,

di suppurazione, di essicamento delle pustole; e ciò puramente nella loro qualità di malattie febbrili intercorrenti. C. P.

Una nuova forma della infezione carbonchiosa; Nota del dott. Vincenzo Ricci. (*Il Morgagni*, novembre 1877).

Un ragazzo di anni sette, mediocremente sviluppato fu sempre sano fino al 10 del passato agosto. In quel giorno la madre del paziente vide che sul terzo medio della faccia esterna dell' antibraccio destro s' era sviluppato un tumoretto della grandezza d' una lenticchia e di colore violaceo. La sera del giorno seguente sulla parte anteriore della spalla destra e la parte alta del tronco dello stesso lato era comparsa spaventevole enfiagione, però si volle applicare un sanguisugio. Questo mezzo riuscì infruttuoso. Il relatore soprachiamato rilevò quanto segue: oltre la cosa precitata attorno al tumoretto dell' antibraccio vide delle flictene ecchimotiche quali si vedono attorno al nucleo gangrenoso delle pustole maligne. I tegumenti circostanti non presentavano nè ingorgo, nè arrossamento; a breve distanza del tumoretto si vedevano parecchie striscie rosse, flessuose, leggermente dolenti al tatto (vasi linfatici). La tumefazione della parte anteriore e superiore del torace era indolente, uniforme, elastica e la pelle di colorito normale; prova che il tessuto connettivo fosse infiltrato d'aria; quindi non aveva niente di comune colla tumefazione carbonchiosa che è dura, presenta flictene e quindi più tardi le escare. La temperatura ascellare era di 39° e 4, il polso 110°, pieno, cedevolissimo. Fu distrutto il tumoretto col ferro rovente e curata la località col metodo antisettico. Il piccolo paziente ch'era venuto sino a questo punto in buon stato generale cade in una grave adinamia e morì. — Non fu fatta l' autossia. Non è accennato alla eziologia. La rapidità del decorso è certo rimarchevole.

C. P.

Le malattie di cuore in mezzo al reumatismo articolare si oppongono assolutamente ed in ogni caso ai bagni termo-minerali? Lettera di Domenico Capozzi al comm. Salvatore Tommasi. (*Ivi*).

L'Autore premette quello che già è noto nella pratica circa la grande frequenza con cui insorge il vizio cardiaco nel decorso del reumatismo articolare. Dice che per tradizione si ammette essere il vizio cardiaco come controindicazione per l'uso dei bagni termo-minerali; accenna ad alcuni regolamenti ancora in vigore nella istituzione il Monte della Misericordia, dai quali è suggerito come norma per la scelta degli infermi di escludere assolutamente quelli che hanno malattie del cuore e dei grandi vasi. Ricorda pure che eguale rigore è usato anche da trattatisti, quantunque qualche libro anche recente non trovi che s' abbia così recisamente a controindicare la cura dei bagni termo-minerali nelle malattie di cuore.

La giovane scuola non esclude *a priori* tale cura e davanti a chi soffre di reumatismo articolare cronico ed insieme di fenomeni cardiaci mette sulla bilancia i vantaggi che possono trarne per l' affezione arti-

colare e i danni che possono venirne a quella del cuore e non di rado avviene che quelli sieno superiori a questo e quindi addottare la cura con sollievo reale del paziente. Le statistiche degli stabilimenti idroterapici ne fanno fede alla loro volta. — Non è nè ragionevole nè scientifico sostenere che tutte le affezioni cardiache vietino le acque termo-minerali per bagno e per doccia. Nell'impiego di queste acque bisogna tener conto della pressione dell' acqua alla periferia del corpo, della temperatura, della stimolazione alla cute per opera delle sostanze tenute in soluzione, dell'elettricità che si sviluppa e di un leggero assorbimento. Può ora dirsi che, questi diversi mezzi di azione sieno dannosi indistintamente ad ogni specie e ad ogni grado di malattia cardiaca.

Sono controindicati in chi va soggetto ad accessi asmatici ed a facili dispnee, in chi sono sviluppati gli edemi, ingrandito il fegato, in corso l'ascite, l'albuminuria ed altri sintomi di gravi stasi meccaniche; in chi ha l'insufficienza delle semilunari e l'ateroma diffuso; in chi ha il marasmo cardiaco con aritmia, iposistolia e minaccie di deliqui, in chi ha aneurismi e violenti accessi di cardiopalmo. — In generale quei cardiaci che offrono circostanze opposte alle riferite possono sottoporsi alla cura dei bagni coll'acqua termo-minerale. In particolare sono indicati nei reumatismi accompagnati da pericarditi con macchie tendinee o con semplici vegetazioni. Qui sono utili anche per quei principii generali di terapeutica che ci guidano nella cura eziologica. Se con tali mezzi si arriva a fare risolvere completamente la malattia si raggiunge anche un altro scopo, che è quello di impedire che i resti della malattia pregressa abbiano a subire l' influenza delle cause che la fanno riacutizzare. Si dica altrettanto delle endocarditi che non si associano a gravi sofferenze per disordini idraulici. Sono indicati i bagni in quei casi in cui al compenso del vizio giova avvalorare la sistole ventricolare. C. P.

Sull'eziologia della febbre tifoide. (*Rapport sur l'etiologie de la Fièvre typhoide presenté au Congres Médical de Genève, nel 12 settembre 1877;* di Bouchard. *Revue mensuelle, etc.*, 11, 1877).

L'Autore dopo un rapido cenno sulle opinioni anteriori intorno alla eziologia della febbre tifoide si sofferma su quelle specialmente introdotte da Chauffard, sostenute poi da Piorrey, da Bricheteau, per la quale le sostanze escrementizie verrebbero a costituire il fomite principale dell'infezione. Questa opinione venne più tardi adottata da Murchison, poi da Budd il quale ultimo appoggiolla a fatti che si ritennero come dimostrativi.

Dopo ciò viene a considerare ciò che successivamente si professò dagli scrittori intorno alle contagiosità e ricorda quanto ha giustificato la opinione sulla contagiosità, riferendosi ai casi di trasmissione per gli indumenti, per le pareti delle case, per l'aria, per l'acqua. Esclude che sia stata trasmessa la febbre tifoide per mezzo del latte e delle carni;

riprendendo invece quella che dai più si ammette intorno alla male influenza delle fecce così concluderebbe: — la febbre tifoide è contagiosa; — il contagio riposa, se non esclusivamente, nelle dejezioni; — le dejezioni conservano anche lungamente il potere contagioso; — la putrefazione delle feccie non distrugge e nemmeno contribuisce allo sviluppo del contagio.

Più oltre abborda i fatti relativi alla dottrina della infezione. Le sostanze in putrefazione e che noi introduciamo dentro di noi sarebbero la cagione principale della febbre tifoide. Ma anche qui ci stanno di contro tanti fatti e la esperienza giornaliera che direttamente s'oppongono all'accettazione di questa teoria. — Allora si cade necessariamente nella dottrina delle spontaneità. Ma accetteremo questa in confronto dell'altra, mentre le si oppongono gli assiomi della filosofia biologica? — mentre nulla ancora ha provato evidentemente che la causa della tifoide origini spontaneamente?

I fatti che gli scrittori hanno potuto considerare portano invece ad ammettere che la tifoide possa originare per contagio e per infezione. La scoperta di un vibrione fatta di recente da Pasteur darebbe, secondo l'Autore, fondamento a questa opinione, potendosi per la presenza di esso nel mezzo in cui si vive, o nelle nostre dejezioni, o dentro di noi sviluppandosi spontaneamente, spiegare quando la infezione e quando il contagio. In conclusione:

1.° Nell'eziologia della febbre tifoide, la dottrina del contagio e quella della infezione sono troppo esolusive;

2.° La dottrina della origine fecale non risponde alla universalità dei fatti;

3.° La dottrina dello sviluppo spontaneo non è provata;

4.° La febbre tifoide è una malattia specifica miasmatica;

5.° Nella sua produzione le cose passano come se la materia morbifica provenisse, non sapendosi come, da un organismo infetto, capace di svilupparsi in grembo alle sostanze animali, che diverrebbero allora focolajo d'infezione e nell'organismo umano vivo, che sarebbe focolajo di contagio;

6.° Il contagio è quasi sempre mediato;

7.° La materia morbifica che viene dai focolaj d'infezione, o degli individui contaminati può abitare l'aria, il vento, l'acqua. Questa medesima materia morbifica può essere disseminata dall'uomo;

8.° L'importanza dei serbatoi d'acqua, dei condotti male costruiti o peggio tenuti è oramai dimostrata;

9.° La importanza delle variazioni del livello delle acque sotterranee non è egualmente dimostrata. C. P.

RIVISTA CHIRURGICA

del prof. A. SCARENZIO e dott. F. PARONA.

Rizzoli — *Asportazione di estesa porzione di intestino retto per neoplasia fibrosa eseguita felicemente con metodo misto cruento e termo-caustico.*

Auger — *Il termo-cauterio nella cistotomia.*

Krishaber — *Il termo-cauterio nella tracheotomia.*

Bergeron — *Una vegetazione polipiforme sviluppatasi sui margini della ferita tracheale dopo la tracheotomia.*

Foulis — *Esportazione della laringe.*

Bottini — *Estirpazione incruenta di laringe e porzione di esofago.*

Filiette e Cazin — *Frattura con infossamento del parietale sinistro; guarigione senza trapanazione.*

Kraussold — *Sopra un cefalocele acquisito in causa di caduta.*

Valerani — *Estirpazione completa della parotide.*

Neumann — *Un contributo alla conoscenza della ranula.*

Neumann e Baumgarten — *Due casi di fistola colli-congenita cistica. (Cisti dei condotti delle branchie di Roser).*

Blondeau — *Epistassi vinta coll'applicazione d'un nastro stretto alla coscia.*

Zanfal — *Su di un modo d'impedire la penetrazione nelle trombe di Eustacchio dei liquidi iniettati nelle cavità nasali, per mezzo della otturazione delle aperture faringee delle trombe stesse.*

Patterson — *Sull'uso e l'abuso della doccia nasale e sul pericolo relativo all'introduzione dei liquidi nelle vie nasali.*

Schalle — *Un corpo straniero nell'orecchio medio a timpano illeso ed alcune osservazioni sulle doccie del naso e della gola.*

Fraenkel — *Sull'uso della doccia nasale.*

Langenbuck — *In qual modo si possa produrre un'anemia artificiale per le operazioni sulle labbra e sulla guancia.*

Vissaguet — *Dei tumori della regione geniale e della loro estirpazione.*

Otto Kustuer — *Dell'adenoma e del granuloma dell'ombelico nei fanciulli.*

Notta — *Tumore fibroso del palmo della mano; difficoltà di diagnosi; guarigione.*

Pereira Guimaraez — *Aneurisma della carotide primitiva; applicazione dell'elettricità sulla superficie del tumore; guarigione.*

Gibb — *Fasciatura elastica per la compressione dell'aorta.*

Smith — *Del trattamento sollecito dell'aneurisma popliteo colla fasciatura di Esmarch.*

Israel — *Di alcuni fenomeni curiosi che si osservano in seguito alla legatura della femorale.*

Sainclair Coghill — *Buoni effetti delle injezioni sotto-cutanee d'ergotina in un caso di gozzo fibro-vascolare.*

Bidder — *Sulla cura delle pseudartrosi mediante la infissione di chiodetti d'avorio.*

Bourguet — *Guarigione della pseudartrosi con le injezioni.*

Verneuil — *Patogenia del ginocchio valgo.*

Verebelyi — *Un caso di piede equino congenito ai piedi guarito collo sgusciamento sotto-periosteo del tallone.*

Lapponi — *Lussazione completa della coracoidea dell'omero per contrazione muscolare.*

Picco — *Caso di lussazione traumatica femoro-iliaca.*

Houzé de l'Aulnoit — *Ulteriori studi clinici intorno alle amputazioni sopra e sotto-periostee ed intorno all'emostasia naturale e definitiva al periodo anemico, col mezzo del rialzamento dell' arto e della pressione a bendaggio; grandi e piccole amputazioni sotto-periostee negli adulti.*

Le Dentu — *Disarticolazione del cotile.*

Poinsot — *Dell'intervento chirurgico nelle lussazioni complicate del collo del piede.*

Goetz — *Studio sulla spina ventosa con osservazioni raccolte all' Ospedale di S. Eugenia* ;

Thomas — *Considerazioni sulla temperatura nel tetano.*

Masing — *Altri quattro casi di antrace interno.*

Rapporto alla Società di Chirurgia di Mosca — *Trattamento razionale delle piaghe. Metodo d'aereazione.*

Neurdorfer — *La cura chirurgica delle ferite.*

Fourestiè — *Processo particolare per la cura degli ascessi ossifluenti esterni voluminosi col metodo dei caustici*

Girard — *Sopra la così detta suppurazione bleu.*

Onimus — *Influenza della corrente continua nella suppurazione e cicatrizzazione delle piaghe.*

Sejournet — *Studio della sensibilità termica nelle ulceri varicose.*

Desormeaux — *Sopra la riunione per prima intenzione colla ovatta.*

Chassagny — *Modo particolare di metodica compressione per mezzo dell'aria e dell'acqua.*

Winiwarter — *Nuove osservazioni ed esperimenti sulla medicazione arsenicale nei tumori delle ghiandole linfatiche.*

Tripier — *Ricerche sugli accidenti prodotti dall'anestesia coll'etere nei ragazzi.*

Deuck — *Della rivulsione interstiziale colle iniezioni ipodermiche di nitrato d'argento.*

Broca — *Intorno alla trapanazione neolitica.*

Asportazione di estesa porzione di intestino retto per neoplasia fibrosa, eseguita felicemente con metodo misto cruento e termo-caustico; del prof. comm. F. Rizzoli. (*Memorie dell'Accademia delle scienze dell'Istituto di Bologna*, Serie III, Tomo VIII, 1877).

Quantunque tristamente impressionato il prof. Rizzoli per avere assistito ad un caso di simil genere con esito infausto operato dal prof. Baroni, pure non esitava ad appigliarsi anch'egli a tale partito estremo riescendo nell'intento che proponevasi.

Nel 1839 (*Bull. delle scienze mediche di Bologna*, 1840) eseguiva tale operazione col processo di Lisfranc, in una donna d'anni 52, affetta da cancro all' intestino retto e dove la lesione occupando tutta la circonferenza e lo spessore dell' organo, estendevasi in alto per oltre sei centimetri, e durante l'operazione incontrava grave emorragia venosa che fu d'uopo frenare con forte e necessariamente incomodo tampone.

In altre tre donne ebbe poi ad eseguire, e per la medesima malattia, una consimile operazione, e se nella prima di queste non ebbe ad incontrare grave emorragia, ciò non avvenne nelle altre due in una delle quali la perdita di sangue fu postuma, concomitante invece l'atto operativo nell'altra. D' altronde, se non il Lisfranc, altri valenti operatori ebbero a lottare energicamente contro tale accidente, e non sempre riescendo a rimediarvi. Ciò probabilmente dipese dalla angustia del campo operativo quale si era quello che si limitava a contornare il retto intestino.

Per tutto ciò il prof. Rizzoli, come già aveva in altra occasione e dietro profondi studii anatomici proposto (*Memorie dell'Accademia dell'Istituto delle scienze di Bologna*, 1852), se da un lato pensava aprirsi una via più facile ad essere dominata, volle anche ricorrere come a mezzo di increnta dieresi all'uso del termo-cauterio di Paquelin. E la descrizione e l' apprezzamento del di lui procedere risalterà dalla seguente osservazione clinica:

Un negoziante, d'anni 54, il cui padre era morto per tubercolosi polmonare, e la madre per acuta affezione addominale, senza avere dal canto suo sofferto in antecedenza, malattie importanti, da circa quattro mesi aveva incominciato a soffrire di bruciore, indi di dolore nel defecare, mostrandosi tratto tratto le feci tinte di sangue, a tali sintomi successe vera difficoltà nell'emetterle diventando il dolore permanente, violentissimo poi dopo le stentate evacuazioni delle quali erasi fatto frequente ed impellente il bisogno non riescendo ad ottennerne che poche, molli, sottili, schiacciate ed insanguinate. Una incisione praticatagli in allora a scopo palliativo nella regione ano-coccigea diede luogo a copiosa emorragia che fu duopo arrestare col tampone e che non recava sollievo alcuno.

Esaminato il paziente dal prof. Rizzoli questi trovava, l' apertura anale alquanto dilatata appunto per la incisione fatta, il contorno dell'orificio poi lo sentiva sotto alla cute assai duro, a cercine bernoccoluto e per la grossezza di due centimetri. Il canale rettale permetteva

a stenti l'introduzione del dito indice, riescendosi appena colla punta di esso a passare oltre quel cingolo; lungo questo tragitto sentivasi che l'ingrossamento attaccava specialmente la parete anteriore avvicinandosi al bulbo uretrale in modo da fare pressochè scomparire i tessuti intermedii; il dito restava poi intriso di sangue.

In presenza di tale affezione parve giustamente al prof. Rizzoli, che qualunque fosse per esserne la natura, il migliore mezzo di cura doveva trovarsi nella esportazione della parte ammalata ma con modificazioni che avessero a rendere più agevole e meno pericoloso l'atto operativo.

Posto quindi l'infermo sul fianco sinistro colla coscia di quel lato distesa e colla destra fortemente flessa, fatte scostare le natiche, mediante un bistori convesso eseguiva una incisione che partendo a sinistra del coccige si estendeva lungo il rafe verso l'ano fino al limite della accennata durezza; incisi il derma, il sottoposto tessuto cellulare, i muscoli elevatori dell'ano, ben presto potè giungere al tessuto cellulo-adiposo che ivi attorniava posteriormente ed ai lati, l'intestino, e che venne, mediante il dito, isolato. Ciò ottenuto, per timore di incontrare grave emorragia, se avesse continuato a servirsi del tagliente onde staccare all'intorno l'intestino nella sua parte anale, approfittava del termo-cauterio di Paquelin e resone incandescente il coltello praticava col medesimo un'incisione che dipartendosi dal limite anteriore della incisione longitudinale girando attorno all'ano terminava al punto d'onde era partita, isolando così l'intestino. In ciò fare però risparmiava porzione dello sfintere esterno tuttora sana, e giunto verso il perineo anteriore usava la massima diligenza per togliere interamente il prodotto morboso ivi profondamente internantesi, ed in onta a ciò non si ebbe perdita alcuna di sangue, ed il bulbo uretrale rimase illeso. Ciò eseguito poteronsi facilmente scostare i due lembi triangolari che ne erano risultati riuscendo ampiamente scoperto il campo dell'operazione e potendosi agevolmente dominare l'escavazione; l'operatore afferrava in allora colle mollette uncinate la porzione già isolata dell'intestino e stiratala in basso ne metteva allo scoperto la faccia anteriore dell'intestino aderente e che veniva mediante colpi di forbice staccata dall'uretra e dalla prostata, che avrebbero potuto soffrire dal termo-cauterio. Durante quest'atto ebbesi lievissima emorragia, per altro, essendo facile dominare la superficie cruentata ivi allacciaronsi alcuni vasellini rimasti troncati e siccome sentivansi pulsare varie arterie in corrispondenza al luogo ove intendevasi troncare l'intestino e temevasi che il termo-cauterio fosse per essere insufficiente ad impedirne la emorragia, il prof. Rizzoli stringeva preventivamente mediante legature separate le due metà della di lui circonferenza ove mostravasi sano, e lo recise al di sotto servendosi ancora del termo-cauterio. Dall'ampia cavità rimasta e fattasi ancor maggiore per la retrazione dei tessuti, quantunque estesamente cauterizzata, incominciava poco dopo a gemere sangue da alcuni

punti e si dovette ricorrere ad ulteriori allacciature e cauterizzazioni per farlo cessare. Ne riusciva malagevole ciò fare attraverso ad una apertura che misurava centim. 17,5 dal coccige alla porzione di rafe superstite, centim. 10 da quest'ultimo punto al moncone intestinale e centimetri 7 dalla estremità del coccige verso il pube. Tamponata leggermente la ferita mediante filaticcio imbevuto nell'emostatico Pagliari, fu duopo nel primo giorno siringare il malato, le orine però fluirono spontanee in seguito. Tolto indi a due giorni il tampone non apparve accidente alcuno, e l'ampia ferita incominciò presto a granulare. Per un benefico processo di retrazione la bocca intestinale portavasi in basso, la pelle introflettevasi e le parti congiungevansi, riacquistaudo l'operato, in forza della porzione di sfintere lasciata, la facoltà di trattenere le feci.

Dall'esame che il prof. Taruffi eseguiva del pezzo esportato ne risultò essere la nuova produzione di natura fibrosa, d'onde una prognosi felice in quanto alla stabilità della guarigione.

Sc.

Il termo-cauterio nella cistotomia; del dott. Théophilo Auger. (*Gaz. Méd.*, 1877, v. 39).

Il nostro collega il dott. Parona si diede già premura di informare i lettori di questa Rivista intorno al nuovo stromento immaginato da Paquelin (*Ann. Univ. di Med.*, v. 240, *Parte Rivista*, pag. 472), indicando le norme per adoperarlo ed impedire che si guasti. Da allora vi vennero già portate delle modificazioni che ne permettono l'uso su più ampia scala, troviamo infatti in Gilette (*Chirurgie Journalière des Hôpitaux de Paris*, 1878, pag. 709), come le forme ne sieno state variate essendovene oltre che i retti a diverso diametro anche dei curvi a grande e piccolo diametro, e di quelli foggiati a cesoje pure rette o curve ed una delle cui lame d'acciaio viene applicata a freddo. Hansi così i cauterii a bottone ed a cilindro conico per la applicazione del caustico e per la cauterizzazione delle ferite avvelenate o sospettate tali; piccoli coltelli per le operazioni delicate quali la tracheotomia; quello puntuto per la ignipuntura, quello ancora più acuto pei tumori erettili; i cauterii curvi a gran diametro trasversale per agire sul collo dell'utero; a piccolo per i polipi naso-faringei; infine le cesoje rette o curve pei tumori pedunculati o le emorroidi.

Per quanto si faciliti però con simili congegni la applicazione del termo-cauterio di Paquelin, resta sempre per esso l'inconveniente di impegnare amendue le mani di chi l'adopera od esigere l'intervento di un assistente che segua col soffietto i movimenti di quello, ma a ciò abbiamo noi facilmente rimediato applicandovi un insufflattore a pedale e che a guisa di sandalo stando appeso ad un piede dell'operatore permette a questi anche di moversi.

Ma resta sempre per questa sorta di termo-cauterio una deficenza in confronto della galvano-caustica, di non poterlo cioè introdurre a

freddo quando devesi operare entro le cavità, e di non aversi con esso la forma ad ansa. Cionullameno molto si riesce a fare con esso ed a prova di ciò valgano e l'operazione del prof. Rizzoli riferita in capo a questa Rivista, e la applicazione che il dott. Auger, ne fece alla cistotomia.

A giustificare il suo modo di operare quest'Autore si riferisce alla necessità di risparmiare il sangue in certe operazioni, e di operare al sicuro dal punto di vista delle complicazioni traumatiche, cose sommamente desiderabili quando esista una infiammazione cronica delle vie orinarie od un indebolimento loro per prolungate suppurazioni della vescica o della prostata.

Nel primo tempo dell'operazione Auger introduce il catetere ordinario nell'uretra ed incide col termo-cauterio ordinario gli strati perineali in fino ad esso e ciò qualunque sii per essere la direzione del taglio. Per essere sicuro di incidere l' uretra od introduce una sonda scannellata lungo il solco del catetere, o vi poggia contro una sonda biforcata incidendo fra le braccia di essa. Nel secondo momento introduce in vescica un dilatatore a tre branche la cui superiore sii scannellata, ed all'aprirsi di esso l'orina sfugge. Asciugata in allora la ferita, massime nelle parti sue più profonde, si dirige, sempre col termo-cauterio, la incisione da quella parte che si desidera, ma perciò fare occorre un cauterio nascosto a guisa dei cistotomi di simil genere e che l' Autore chiama cisto-cauterio o litotomo termico. Consta cioè di una guaina protettrice e di una lamina di platino portata al colore rosso prima di introdurre lo stromento ed alla qual lama si può pure dare il desiderato grado di allontanamento. Questo litotomo viene introdotto lungo la scannellatura del dilatatore, si fa sortire la lama al punto voluto e lo si estrae lentamente dalla ferita, divaricando in allora il dilatatore riesce facile il vedere il basso fondo della vescica, afferrare il calcolo ed estrarlo.

Un tale metodo secondo Auger oltre ad essere incruento presenterebbe tutti i vantaggi della dieresi caustica; i liquidi putridi cioè scolano liberamente dalla ferita senza essere assorbiti essendo i vasi stati chiusi dalla azione del caustico senza la produzione di escara. Ciò almeno potè rilevare nell'unico caso da lui operato con simile processo, ma ammettendo che il fatto possa succedere quando si agisca cauterizzando con lentezza. La guarigione successe nel suo caso, ed era un adulto, in ventotto giorni.

A Verneuil capitò pure di praticare per tre volte il primo tempo della cistotomia mediante il termo-cauterio e la cicatrizzazione avvenne nei limiti ordinarii essendosi presentata al 4° o 5° giorno la ferita in piena granulazione.

In opposizione alla asserzione di Auger però starebbe l'esperienza di Mallez, il quale asserisce di avere per due volte praticata la cistotomia mediante il galvano-cauterio (o termo-cauterio ?) e di essersene trovato malcontento, essendovi stata la formazione di profonde escare con con-

secutiva enorme perdita di tessuti; aggiungendo poi che su 95 operazioni di pietra non incontrava che per una sol volta la emorragia, ed appunto per ciò Bruch vorrebbe che il processo di Auger venisse limitato agli adulti. Ma non cede a tali osservazioni Auger il quale si mostra convinto che il termo-cauterio qualora venga bene adoperato produrrà tutt'al più escare sottilissime, e che le emorragie in seguito alla cistotomia non sono rare avendone anche recentemente Guyon esposto un caso alla Società di chirurgia.

Con tutto ciò è facile il pronosticare come il termo-cauterio non potrà venire dai pratici addottato per una operazione, che prontamente e senza grande traumatismo può essere eseguita con altri mezzi, che quasi mai dà luogo all'accidente della emorragia presentando in questo caso sfortunato le parti in condizioni tali da potersi dominare. Infatti, se dessa fosse data dalla lesione dell'arteria pudenda interna potrebbe riescire preziosa l'uncipressione, in ogni caso poi la siringa a camicia imbevendo questa nell'emostatico Pagliari. Coloro poi che ponessero grande fiducia nel termo-cauterio quale otturante coll'azione sua le boccuccie dei vasi assorbenti potrebbero cauterizzare con quello stromento il tragitto della ferita non appena eseguita l'operazione.

Sc.

Il termo-cauterio nella tracheotomia; del dott. Krishaber. (*Union Médicale*, novembre 1877. N. 137).

Si trattava d'un uomo adulto, che da quattro anni presentava disturbi nella voce e da sei mesi dispnea fortissima. Il dott. Isambert, che esaminò l'ammalato col laringoscopo, riscontrava la presenza d'un polipo nella laringe. Si cercava distruggere il tumore colla cauterizzazione e difatti con tal mezzo sembrava diminuito notevolmente di volume: ma dopo pochi giorni gli accidenti sopraccennati ricomparivano e s'avea un'edema considerevole che obbligava ricorrere alla tracheotomia. Quest'operazione fu fatta dall'Autore in presenza del dott. Saint Germain. Le parti molli furono divise col termo-cauterio, due pinze emostatiche furon applicate su due vasi che davan un po'di sangue; la trachea fu aperta col bistorì, la cannula fu introdotta senza difficoltà e non sopraggiunsero accidenti consecutivi.

In due altri casi Krishaber avea adoperato un simile processo, che venne del pari seguito da Gilette; Poinsot e Mauriac invece penetravano col termo-cauterio nella trachea (*Della broncotomia*, del dott. E. Boccomini. « Ann. Univ. di med. » 1877, vol. 241, pag. 195) ma a questi ultimi si può rimproverare la facilità di arrecare scottature all' organo come già si fece rispetto a Roux, Legouest, Saint-Germain, De Ranse e Muron che la eseguivano col cuustico attuale adoperato coi cauterii comuni.

Bossi.

Una vegetazione polipiforme sviluppatasi sui margini della ferita tracheale dopo la tracheotomia; del dott. Bergeron. (*Union Medicale.* Novembre 1877. N. 136).

L'Autore racconta d'un fanciullo che affetto da crup era stato operato di tracheotomia ed il quale alloraquando gli fu levata la cannula, circa tre settimane dopo l'operazione, fu preso tosto da tale accesso di soffocazione che sarebbesi dovuto introdurre il dilatatore per farlo respirare se la cannula di ricambio non fosse stata pronta. Venti o ventidue giorni dopo la tracheotomia e quando la febbre era da tempo cessata e che ogni traccia di difterite era sparita, il fanciullo fu preso da polmonite e moriva nella ventiseiesima giornata.

Or bene all'autopsia, l'Autore trovò al punto dell' orificio inferiore della laringe e ad un centimetro della ferita tracheale un piccolo polipo peduncolato, che, probabilmente molto più voluminoso durante la vita, faceva l'ufficio di turacciolo ostruendo il lume della trachea e spinto sulla mucosa tracheale provocava uno spasmo da affrettare la soffocazione. La presenza di questo polipo spiega perchè, nel fanciullo molto tempo prima d'esser preso dalla difterite, una semplice tracheite bastava per produrgli la tosse stridente ed accessi di soffocazione.

L'Autore pensa, che sotto l'influenza d'ogni leggera irritazione della membrana mucosa il polipo aumentasse di volume e producesse questi sintomi di dispnea, segnalati dai parenti; e crede esser facile capire come dopo la difterite il tumore cresciuto più del solito ostruisse più o meno completamente la trachea.

Bossi.

Esportazione della laringe; per Davide Foulis. (*Lancet*, 13 ottobre 1877).

Nell'aprile 1876 I. H. d'anni 28, piegatore di panni in un opificio si presentò al dispensario per le malattie della gola via Dundos in Londra lagnandosi di raucedine. Il paziente era di color giallicio, e da quanto ebbe a narrare sembra che da epoca assai remota non godesse buona salute. Tralasciando i particolari, basta soltanto di dire che all'età di 21 anni, fu colto da una forte raffreddore dopo un bagno, e che questo gli stette adosso per dieci mesi. In quell'epoca il paziente era rauco ma gradatamente riacquistò la sua voce, sebbene si trovasse permanentemente incapacitato a cantare. Un anno fa il paziente ritornò al dispensario di Foulis, perchè la voce erasi di nuovo fatta così rauca da accagionargli delle gravi noie. Egli accertava di non poter gridare, e che le sue parole di sovente apparivano come tagliate a mezzo d'improvviso, essendo l' ultima metà della parola affatto inintelligibile, anche all'ammalato stesso. Non accusava dolore, nè difficoltà a deglutire, ma egli provava « un senso di asciuttezza » nel tubo aereo. Egli si disse facile ai raffreddori, d'avere giammai sputato sangue, che la tendenza ai sudori notturni che dapprima lo molestavano erano cessati, che l'intestino funzionava regolarmente e l'appetito era buono.

Coll'esame, si trovò il torace ristretto, l'apice destro un poco appianato ed ottuso alla percussione. In corrispondenza di quest' area ottusa il mormorio espiratorio era cupo e prolungato, ed era aumentata la risonanza vocale. Gli altri visceri toracici ed addominali, sembravano essere in buone condizioni; per cui in base anche agli antecedenti dell'ammalato, Foulis venne alla conclusione che i sintomi rilevati all'apice destro non indicavano una affezione attiva polmonare.

Col laringoscopio si potè chiaramente vedere un tumore d' aspetto verrucoso, sviluppantesi sotto l' estremità anteriore della corda vocale sinistra. Il tumore aveva il volume di un pisello verde, il suo colore era di garofano bigio pallido. Il resto delle corde vocali e della laringe erano normali. Nella fonazione le corde chiuse sopra il tumore, lo nascondevano. Con più minuto esame, il tumore appariva di consistenza molle, sessile, con base abbastanza larga. Tale essendo il caso, Foulis propose al paziente di rimoverlo con un'incisione esterna.

Le condizioni del paziente impedirono all' autore di operarlo a domicilio, e perciò il dott. G. Buchanan gentilmente lo ricoverò nell' infermeria di Vesten, ed a richiesta di Foulis al 19 maggio 1876 gli praticò la cricotomia, facendo un'incisione verticale anteriormente alla laringe dalla metà della cartilagine tiroide al primo anello della trachea tagliando e legando il ramo crico-tiroideo dell'arteria laringea superiore, e poscia dividendo la membrana crico-tiroidea e la cartilagine cricoide sulla linea mediana. La cartilagine cricoide fu facilmente tenuta divaricata da due uncini, ed allora il tumore restò in luce. Ma questo si trovò così molle da rompersi sotto la presa, e fu rimosso a spizzico e la base tagliata netta colle forbici e toccata col caustico solido. Non si fece uso nè di cucitura nè di tubi.

Il microscopio mostrò che la tessitura del tumore era quella di un papilloma ricco di cellule.

Il paziente guarì assai bene e la ferita nella maggior parte delle sua estensione cicatrizzò, restando solo una piccola fistola in corrispondenza della membrana crico-tiroidea.. Allargandosi poi questa fistola fino alla lunghezza di un pollice, Buchanan al 30 settembre 1876, cruentò le estremità dell' apertura con risultato parziale, persistendo la fistola all'estremità inferiore della ferita.

In quest' epoca all' incirca, Foulis rilevò col laringoscopio, che nel luogo primitivo era riapparso un nodulo assai rassomigliante al tumore originale, e coll' esame ripetuto potè constatare che aumentava di volume ed aveva gli stessi caratteri del tumore precedente. Nell' aprile 1877 il paziente accusando una fistola all'ano fu tolta col taglio.

Per qualche tempo si continuò a fare sul tumore laringeo delle insufflazioni di tannino con l'istromento di Schroetter, ma senza alcun effetto, per cui Foulis fece al paziente la proposta di spaccare la laringe più liberamente di prima, e tentare l'esportazione radicale del tumore. Accondiscendendo il paziente, al 16 aprile 1877 si praticò la tirotomia

facendo sulla linea mediana un incisione dall' estremità superiore della cartilagine tiroidea al primo anello della trachea, comprendendovi la fistola laringea. Cessato il gemizio sanguigno introdusse si un bistori bottonuto all'in alto tra le corde vocali e divise completamente la cartilagine tiroidea sulla linea mediana. Le due valve della laringe furono divaricate con uncini e poscia il tumore fu esportato colla forbice. La sede del tumore fu allora accuratamente cauterizzata col cauterio attuale, ed i margini della ferita avvicinati con cucitura di filo d'argento superficiale e profonda, essendo stato in precedenza esportati i margini dell'antica apertura. Nella seconda fase dell'operazione l'ammalato cessò di essere sotto l'influenza del cloroformio, e fu rilevato che quando le due valve della laringe furono ravvicinate, la voce si fece riudire abbastanza forte, benchè alquanto rauca. Il tumore esportato era perfettamente del volume e dell'aspetto di un lampone. La tessitura microscopica era uguale a quella del primo caso, con forse più di cellule rotonde o di tessuto sarcomatoso.

Ogni cosa procedette in bene fino al 20 aprile, quattro giorni dopo l' operazione. In questo giorno il paziente ebbe un brivido con mal di capo e di gola; la temperatura salì a 104°, il polso a 105. Questo proveniva dalla presenza di un rossore resipelatoso al lato sinistro del collo. I punti di cucitura furono rimossi, ed il paziente fu accuratamente alimentato ad intervalli regolari con brodi, carne e brandy. In tre giorni la temperatura discese al normale, la ferita cicatrizzò in ogni punto, tranne che nel luogo dell' antica fistola laringea corrispondente alla membrana crico-tiroidea. L'ammalato fu mandato a casa in buona salute tre settimane dopo l'operazione.

Ma già nel luglio il tumore cominciava a ricomparire e rapidamente oltrepassò il volume primitivo, motivo per cui dopo alquanta esitazione il paziente si decise per l'esportazione della laringe, che fu eseguita da Foulis il 10 settembre 1877. Questi cominciò col praticare una incisione mediana che dalla parte superiore dell' osso joide discendeva fin circa un pollice sotto la cartilagine cricoide. Un piumacciolo di tela fu messo nella fistola per impedire l'entrata del sangue nel tubo aereo. I tessuti molli furono in seguito accuratameate distaccati dalle cartilagini laringee ed all' indietro dalla faringe, prima da una parte poi dall' altra, avendo cura di allacciare ogni più piccolo vaso che sanguinava. Non vi fu molta emorragia e bastò semplicemente aspettare perchè il gemizio cessasse e lasciasse il campo libero, per ultimare quanto restava a fare. L'estremità superiore della trachea fu scoperta, tirata all' innanzi con uncini e divisa al primo anello. Fu leggermente incisa la membrana mucosa trasversalmente dietro della trachea, e fu introdotto un tubo curvo a sifone nella trachea allo scopo di impedire l' entrata in essa del sangue, e di portare la respirazione fuori del campo operativo. L'intelatura cartilaginea della laringe fu allora portata fuori con un uncino ottuso e liberata da suoi attacchi superiori e circostanti. Foulis era dapprima inten-

zionato di lasciare in posto il margine superiore della cartilagine tiroide per formare un arco, il quale impedisse alla ferita di cicatrizzare troppo strettamente, ma trovò che il tumore si era propagato all'insù lungo la cicatrice prodotta dall'operazione della tirotomia e questo rese necessaria l'esportazione di tutta la parte anteriore della cartilagine tiroide. Le corna superiori di questa cartilagine, furono lasciate in posto come anche metà della cartilagine aritnoide, essendo questa parte perfettamente fuori del campo ammalato. L'apertura laringea fu fissata alla pelle da ambo i lati con due punti di cucitura metallica passati profondamente nei tessuti. Non si fece altra cucitura o medicazione.

L'ordinario tubo da tracheotomia essendo troppo piccolo per impedire la filtrazione nella trachea dei liquidi, per le prime venti ore fu lasciato in posto il tubo sifone e poscia fu sostituito da un più ampio tubo di gutta perca, e finalmente da un altro di vulcanite, il quale si adattava perfettamente alla trachea.

L'operazione durò due ore e mezzo. Tosto che l'ammalato fu posto nel suo letto gli si praticò un' iniezione sottocutanea di un terzo di grano di morfina. Nella prima notte vi furono degli impeti di vomito, i quali resero necessaria l'introduzione di alimenti pel retto, invece che dallo stomaco, ma dopo le 24 ore, questa tendenza al vomito cessò, e si potè con un catetere elastico N. 12 far passare per la gola delle sostanze liquide nutrienti ogni cinque ore. Quest'operazione era facilitata dall'uso della pompa stomacale di Yellowless.

La guarigione dopo l'operazione progredì in modo regolare. Nella prima settimana la temperatura salì al massimo a 99°,8 F., alla mattina; e 101°,4 nella sera, ed il polso 106. All'undicesimo giorno dopo l'operazione tanto il polso che la temperatura erano normali.

Fino a quest'epoca la temperatura della camera fu mantenuta a 73° F., e l'aria attorno al letto molto impregnata di acido carbolico. In quinta giornata il paziente poteva trangugiare liquidi liberamente. Al nono giorno potè deglutire del beef tea liberamente e senza dolore.

All'esame della parte rimossa, Foulis trovò che il tumore nella superficie inferiore della corda vocale sinistra non erasi nella sua base allargata, ma che quivi formava una massa peduncolata nella trachea fin giù al primo anello. Essa riempiva la trachea in tal guisa da far meraviglia, del come il paziente potesse respirare, rimanendo appena una fessura nel lume del tubo aereo. In alto il tumore si estendeva sulla linea dell' incisione fatta per la tirotomia, dove era molle d'aspetto frangiato di color rosso grigiastro, ed aveva una struttura sarcomatosa.

Quantunque un mese dopo l'operazione il paziente stesse assai bene tuttavia Foulis fa del caso una prognosi assai riservata per l'estensione e natura del tumore.

PARONA.

Estirpazione incruenta di laringe e porzione di esofago; del professor E. Bottini. (*Giorn. della R. Accademia di Torino*, 1877, N. 15).

Un negoziante, di 48 anni, senza concomitanze od antecedenti che avessero rapporto colla affezione che presentava, in sul principiare dell'anno 1877 veniva preso da dolori lancinanti alla regione sovraioidea ove appariva una piccola tumidezza, e che riconosciuta per una neoplasia della laringe veniva ma inutilmente curata mediante insufflazioni di polvere di tannino e l'applicazione locale di solventi. Frattanto il tumore cresceva in volume, la voce facevasi fiocca e quasi impercettibile, la deglutizione inceppata, ed i dolori insorgevano frequenti.

Dai rilievi fatti dal prof. Bottini mediante il laringoscopio ne risultava che « l'epiglottide era spostata a sinistra e pochissimo mobile, la glottide pure rivolta in questa direzione ed integralmente alterata da una massa uniforme di aspetto rossigno, che attorniava tutta la glottide, le corde vocali spurie assai deformate e poco mobili; punto visibili le vere. »

All'esame esterno la laringe vedevasi ingrossata massime trasversalmente, con una nodosità al lato destro verso l'alto, la voce era sommessa volta a volta afonica, il respiro affatto libero, nessun rumore sentivasi all'ascoltazione. Tutto ciò faceva credere alla esistenza di un neoplasma probabilmente d'indole maligna, ma, stante la stagione in allora invernale non creduta propizia per operare, il prof. Bottini consigliava l'uso intorno degli arsenicali e la continuazione dei solventi esterni e che, come era da prevedersi, riescirono inutili; anzi, il paziente indi a sei mesi presentava il tumore notabilmente ingrossato, col diametro trasverso di 66 millimetri e l'altezza di 44; le sofferenze eransi esacerbate aggiungendovisi una disfagia tale da permettere solo la ingestione di sostanze liquide, la afonia era completa, e col laringoscopio si scorgeva come la massa fungosa avesse completamente investita la epiglottide, la respirazione per altro era affatto libera, lo stato generale abbastanza buono, e gli organi del respiro perfettamente sani.

Decisasi la esportazione della laringe, rifiutata dall'operando la tracheotomia preparatoria, e premessa la anestesia generale adoperando la miscela di cloroforme, alcool ed etere, l'operatore praticava col coltello galvanico una incisione a lettera T, e disseccati ed arrovesciati i lembi staccava dalle loro inserzioni superiori i muscoli sterno-ioidei e sterno-tiroidei non che i due omoplata-ioidei ponendo così a nudo la laringe. Si vide in allora che dal corpo della cartilagine tiroidea destra spiccava una escrescenza cavoliforme attorniata da minutissime vene e la esportava col coltello per riescire ad isolare meglio l'organo poggiante direttamente sui vasi carotidei, ma accintovisi mediante la semplice pinzetta e la sonda dovette desistere per l'imponente gemizio che veniva provocato, per cui dato di piglio di nuovo al coltello galvanico potè arrestare con esso la perdita di sangue ed isolare bene la parte che si intendeva esportare.

Aperse in allora la membrana tiro-cricoidea e vedendo come la massa morbosa fosse nettamente limitata in alto ed integra affatto la porzione inferiore del canale respiratorio, introdusse per la apertura praticata una grossa cannula tracheale in gomma indurita. Cercava in allora di isolare la laringe dall'esofago e vedendone la parete anteriore compresa nella alterazione morbosa decise di sacrificarla. Circondava pertanto con un' ansa l'esofago in un colla laringe, e tuttochè ne restasse compreso il largo suggello della cartilagine cricoide in più punti ossificata, pure infuocato il filo anche le parti ossee vennero recise con tutta facilità. Sollevava in allora con uncini acuti e colla pinzetta di Musseux la laringe in parte staccata e ne recise la base ancora aderente in alto e posteriormente servendosi di un' altra ansa e con pochi giri di ruota la staccava completamente.

L'operazione, tranne che durante l' uso della sonda sovraccennata, riescì affatto incruenta. La ferita veniva riempiuta con bambagia fenicata dopo avere introdotto nello stomaco una sonda esofagea con cui si somministrarono cordiali al paziente. Ma non sembra che con questi ed altri mezzi siisi riescito a riaverlo dal generale abbattimento, dacchè dopo avere presentati in seconda giornata i segni di processo gangrenoso locale, ipofonesi al polmone destro, indi al sinistro, ne avendo mai la temperatura passati i 38^0 gradi prima degli estremi momenti, la morte avveniva alla quarta giornata dall'operazione.

La degenerazione era costituita da un' epitelioma a cellule pavimentose.

Sc.

Frattura con infossamento del parietale sinistro; guarigione senza trapanazione; dei dottori Filiette e Cazin. (*Gazette des Hopitaux*, N. 14, 8-22 dicembre 1877).

Un mozzo trovandosi a bordo di un battello, veniva colpito alla testa da un pezzo di una grossa trave. Perdeva tosto la coscienza: dieci minuti dopo avea vomiti di sostanze alimentari, poi di vischiosità e di sangue. Tutto il resto della giornata e anche del dì appresso, restava in istato semi-comatoso. Al giorno dopo, la coscienza s'era ridestata e l'ammalato giocava alle carte. Constatavasi una piccola ferita lineare, verticale, del diametro di due centimetri, situata al disotto del centro del parietale sinistro ed al posto di essa rilevavasi una frattura con infossamento. I muscoli della faccia erano paralizzati dal lato della frattura e dall'istessa parte eravi midriasi. Il malato era afasico, il polso regolare, la temperatura normale. La vescica ed il retto funzionavano bene. Questo stato durava due giorni; nel terzo s' aveano convulsioni epitelliformi d'una durata da tre a cinque minuti. Il polso restava a settantadue.

Il dott. Filette pensava doversi far tosto la trapanazione e chiamava perciò il collega Cazin, ma all'ultimo momento il padre dell' infermo si opponeva assolutamente all' operazione. Il dì appresso, il polso era a

sessanta, il ferito giocava alle carte; all'indomani il miglioramento persisteva. Tre giorni dopo la paralisi facciale e la midriasi scomparivano; ed infine, nel quinto giorno, l'ammalato riprendeva le sue abituali incumbenze.

L'Autore l'ha riveduto undici mesi dopo, e malgrado la persistenza dell'infossamento, la salute era sempre stata ottima.

Bossi.

Sopra un caso di cefalocele acquisito in causa di caduta; del dottor Herman Kraussold. (*Archiv für klinische Chirurgie*).

Per una frattura guarita deformemente della coscia e gamba sinistra venne portata nella Clinica di Bergmann una ragazzina d'un anno e mezzo. La madre della bambina era perfettamente sana ed avea dato alla luce altri tre figli sani e vigorosi. Il parto della ragazzina in discorso era pure stato facile e compiuto senza alcun soccorso dell'arte. La bambina venne al mondo, anche secondo la testimonianza della levatrice, ben sviluppata e perfettamente disposta, e, nominatamente al cranio, senza deformità di sorta. A nove mesi dessa cadde dal letto, senza che la madre, la quale di giorno era sempre assente, sappia indicare come, e si produsse così una frattura della coscia e gamba sinistra. Le fratture tenute insieme con stecche guarirono molto tardi nella maniera deforme, che verrà indicata. Due giorni dopo, la ragazzina cadde di nuovo ma la madre era assente e seppe solo che avea gridato fortemente e che non avea perduto il senso. La madre fa datare o da questa caduta o dall'antecedente la comparsa di una tumefazione molle alla parete destra del cranio della bambina, della quale erasene accorta per la prima volta la sera dopo il secondo accidente. Questa tumefazione dovè in principio essere stata grossa circa come il pugno d'un adulto ed essersi poi ridotta a metà volume. La piccola paziente fu inquieta nel primo giorno dopo l'ultimo accidente occorsogli: però nè la madre nè le custodi s'accorsero che la stessa presentasse speciali cambiamenti.

Nella Clinica la bambina si presentò molto vigorosa, ben formata e sorprendentemente grassa, con testa grossa, superiormente schiacciata e coll'estremità inferiore sinistra accorciata di 3-4 centimetri. La gamba sinistra era curvata in modo che la tibia appariva circa nel mezzo. piegata ad angolo di 150' colla convessità rivolta internamente e posteriormente. La coscia sinistra era, circa alla metà, piegata infuori ed anteriormente. Il cranio a prima vista appariva quasi somigliante a quello dell'idrocefalo, mentre il piano frontale dal margine dei capelli si volgeva da avanti indietro obbliquamente verso la glabella: esso era molto grosso e largo. La distanza da una bozza parietale all'altra (tenendo il nastro addossato al cranio) era circa di 18 centimetri, quella dalla glabella alla punta della sutura lambdoidea misurava 24 centimetri, la distanza da una punta della conca d'un orecchio all'altra era di 28 centimetri. L'occipite era in modo rimarchevole poco arcuato. La grande fontanella si sentiva

ancora molto chiaramente, era però ristretta; la radice del naso larga e fortemente schiacciata. Sul resto del cranio, proporzionatamente sviluppato, faceva prominenza ed era nell'occhio la regione della protuberanza parietale destra. Questa prominenza constava di un tumore elittico nella sua totalità, alquanto irregolare, il quale misurava nella direzione della linea sagittale 9 centimetri e 5 nella verticale. Esso non era molto teso e colla superficie superiore, non molto soda, passava gradatamente nella vôlta cranica: faceva chiaramente vedere pulsazioni sincrone ai battiti cardiaci; collo stetoscopio applicatosi sopra non si udiva alcun rumore: nè percepivasi fremito di sorta. La pelle e la lunghezza dei capelli sopra il tumore era come negli altri luoghi del cranio: la pelle si lasciava sollevare in pieghe.

Il tumore, il quale presentavasi oscuramente fluttuante in tutta la sua estensione, si lasciava vuotare completamente colla pressione, cessata la quale si riempiva di nuovo molto rapidamente sotto pulsazioni sincrone ai battiti cardiaci. Per quanto forte tale compressione non produceva dolore; nè pare che la bambina ne venisse incomodata, all'infuori di qualche fenomeno cerebrale. Le pupille restavano egualmente dilatate e reagivano come di norma; colla espirazione forzata il tumore si rendeva molto più teso.

Quando colla pressione si svuotava il tumore, si sentiva una apertura molto profonda, conterminata da orli ossei arrotondati, quasi sfondati, acuti. Colla pressione più profonda, anche nella narcosi, non si poteva trovare che il fondo dell'apertura sia osseo; e fosse anzi provato due volte per mezzo della puntura che tale apertura non aveva base ossea, ma che entrava nel cavo cranico. Gli orli di essa apertura si lasciavano dappertutto seguire; e non erano mobili. Detta apertura ossea cominciava a 2 centimetri e mezzo sopra la punta della sutura lambdoidea. Il suo orlo superiore più alto restava a destra della linea mediana dell'occipite e circa un centimetro e mezzo distante 8 centimetri dall'apice della conca dell'orecchio destro; la sua punta anteriore corrispondeva ad una linea verticale tirata dal trago in su e stava sopra una linea tirata dalla bozza frontale direttamente indietro.

Sotto al confine anteriore dell'orlo superiore si trovava un tumore fluttuante, completamente isolato, quasi rotondo, alquanto molle, a pareti liscie, grosso poco meno d'una noce, che non pulsava, che era movibile in ogni direzione. La pelle che lo ricopriva era normale. Sul resto del corpo non si trovava nulla di notevole: anche le mammelle erano normalmente sviluppate. La fanciulla era molto vispa, appariscente, intelligente, non sucida godeva di ottimo appetito. Nei due mesi del suo soggiorno dell'ospedale furono tolte le deformità colla osteotomia delle ossa già fratturate; ed a scopo diagnostico, una volta durante la narcosi cloroformica e un'altra senza narcosi, fu praticata la puntura del tumore con un ago adatto (ai 18 gennaio 1876 e ai 16 febbraio 1876), senza mai por-

tare alcun fenomeno di reazione. L'ago fu spinto profondamente nel tumore per 5-6 centim. senza che arrivasse su di un fondo osseo, e si svuotava in ambedue le volte un liquido chiaro, sieroso, giallo, limpido. Dopo la prima puntura sembrò che per qualche tempo il tumore restasse più floscio e fosse diventato più piccolo e questo fatto si osservò anche dopo la seconda puntura, sebbene ambedue le volte fossero uscite solo alcune goccie di siero. La ragazza fu licenziata coll'arto raddrizzato e col consiglio di portare sopra la sede del tumore un mezzo protettore adattato. Per quanto riguarda l'ammissibilità della diagnosi del caso, cioè di un cefalocele presentatosi dopo il parto per trauma, l'Autore aggiunge, che dovendosi ritenere giusta la deposizione della madre, della quale non c'è motivo alcuno di dubitare, si deve porre in relazione la repentina comparsa del tumore sul cranio colla caduta dal letto. È certo d'altronde che la madre, che vedeva la bambina tutti i giorni, non sarebbe stata 9 mesi senza accorgersi di un tumore grosso come il pugno d'un adulto, se esso fosse stato congenito od acquisito durante il parto, che fu del resto normale. Che poi il tumore in discorso fosse un cefalocele era abbastanza dimostrato dall'uscita di siero dalle punture, dalla sua compressibilità, e dall'assoluta mancanza di reazione durante la compressione. Non si potrebbe però con sicurezza dire se si trattasse un meningocele o se contenesse veramente una parte di cervello, la prima idea è la più verosimile.

L'origine traumatica del tumore è quindi molto probabile ed è sicuro che si trattasse cefalocele per i sintomi obbiettivi che l'accompagnavano. È poi di speciale interesse, oltrecchè l'origine e la sede del tumore, la mancanza di ogni sintomo cerebrale anche colla pressione: perciò l'Autore volle far conoscere questo caso che è unico nel suo genere ed aggiungerlo alle due osservazioni di Havard (*Lancet*, 1869, vol. II, pag. 3) e di Smitz.

CAVAGNIS.

Estirpazione completa della parotide; del dott. FLAVIO VALERANI. (*Gazz. delle Cliniche di Torino*, 1877).

Una contadina, d'anni 41, di robusta costituzione fisica, maritata da 21 anni aveva felicemente condotte a termine undici gravidanze allattando essa stessa tutti i suoi bimbi, l'ultimo dei quali partorito da due anni; non aveva mai sofferto malattie di rilievo. Da circa quattro anni però all'epoca del penultimo suo parto si accorgeva della insorgenza di un tumoretto alla regione parotidea destra, il quale essendo mobile e del volume di una nocciuola era stato giudicato per semplice ingorgo glandulare, ma inutilmente curato con pomate risolventi; desso andava anzi gradatamente, e quasi senza recare molestia, crescendo fino a questi ultimi mesi nel qual tempo insorsero tratto tratto dolori lancinanti, per cui la donna si decise di porsi sotto cura.

Alla regione parotidea destra faceva sporgenza un tumore avente il volume di un pugno, di forma ovoidea e col massimo diametro di-

retto in senso verticale e limitato posteriormente dallo sterno cleido-mastoideo in parte ricoperto; in avanti appoggiava in parte sulla branca del mascellare arrivando fin quasi all' arcata zigomatica; in alto sollevava il lobulo dell' occhio che rimaneva spostato e quasi conglobato col neoplasma; in basso il tumore si arrestava a tre dita trasverse al di sopra dell'estremità sternale della clavicola. Abbracciandolo fra le dita e cercando di smoverlo lo si sentiva profondamente aderente permettendo movimenti assai limitati. Aveva una superficie liscia e soltanto in basso ed in alto si notava una specie di lobo con rialzo assai accentuato; la consistenza non era uniforme, apparendo molle e cedevole in quest' ultimo luogo, di notevole durezza nella parte posteriore e superiore. La pelle che lo ricopriva era sana e scorrevole su di esso. Era indolente al tatto ed alla pressione, senza la concomitanza di qualsiasi ingorgo glandulare.

Qualunque fosse per essere il substrato del tumore, se cioè periferico od inerente alla glandula parotide, una sola ne era la indicazione quella cioè di esportarlo come quello che senza dubbio presentava una natura maligna; nè a tale atto il dott. Valerani potè tosto addivenire perocchè essendo la donna lattante, occorsero 19 giorni perchè scomparsa interamente la secrezione lattea la si potesse operare.

Sperando l' operatore di avere a che fare con un tumore perighiandolare anzichè della parotide, si limitava a far precedere la anestesia locale portata alla completa insensibilità. Praticava in allora un' incisione a convessità posteriore dalla apofisi mastoidea fino all' apice del tumore, indi una seconda a convessità anteriore unente i punti terminali della prima, circoscriveva così uno spazio elittico molto allungato abbracciante col tumore un tratto di pelle da esportarsi con esso. Fatta la dissezione dei lembi si incominciava quella del tumore dalla parte posteriore superiore liberandone facilmente il lobulo dell'orecchio, ma più stipate erano le aderenze collo sterno-cleido-mastoideo e tenacissime quelle che il tumore aveva contratte col massetere e colla branca mascellare; si avvide in allora il dott. Valerani che il neoplasma si approfondava nella escavazione della parotide epperò servendosi più delle dita e di stromenti ottusi che delle forbici e del bistorì, ne rompeva le fitte aderenze periferiche isolando ed allacciando i vasi arteriosi che incontravansi. Legata l' arteria trasversale della faccia, la auricolare posteriore, la occipitale non che la vena giugulare esterna, e quando la dissezione era quasi ultimata l' operatore sentiva col dito la carotide esterna a pulsare al lato esterno del tumore e che vi penetrava, isolatala quindi con molta cautela, la allacciava in due punti e fra essi la recideva, riescì in allora a svellere senza pericolo, ma ancora con discreta fatica il tumore, restandone denudati lo sterno-cleido-mastoideo, il digastrico, lo stilo-joideo, del pari vedevansi allo scoperto l' apofisi mastoidea, la stiloidea e la branca del mascellare, senza restare in sito traccia della parotide. Irrorata la ferita mediante emostatico del Pagliari

onde frenare il leggero gemizio sanguigno, indi con acqua fenicata, venivano i lembi cutanei riuniti con punti di sutura intercisa dopo avervi collocato nel fondo un tubo a drenaggio.

Quale conseguenza immediata della operazione non si ebbe ad osservare che la paralisi del settimo nervo cerebrale destro perchè reciso; ma l'esito fu dei più fortunati, insorse infatti pochissima reazione, e continuando attraverso al tubo i lavacri con acqua fenicata si ottenne la cicatrizzazione per coalito immediato dei lembi cutanei, ed un rapido germogliare delle granulazioni interne; i lacci posti sulle arterie minori caddero dal 18.° al 24.° giorno, quelli della carotide al 34.° venendo in allora la operata dimessa; a due settimane dopo la cicatrizzazione era completa.

L'esame del tumore istituito dal prof. Bizzozero dimostrava poi come realmente il di lui substrato fosse nella glandula parotidea presentando appunto quella svariata combinazione di tessuti che si è soliti vedere nelle neoformazioni organizzantisi nelle glandule salivari, eravi la disposizione degli elementi epiteliari sotto forma di cordoni costituiti da cellule pavimentose o di tubi tappezzati da cellule epiteliali cilindriche anastomizzati fra loro in modo da costituire una rete a maglie, ora larghe ora assai piccole, per cui tale disposizione ricordava quella di alcune specie di cancri epiteliali, di cui probabilmente il tumore stava per assumere la significazione patologica.

Esposta questa intesessantissima osservazione il dott. Valerani fa a sè stesso la domanda se il caso suo possa venire a giusto titolo annoverato fra i pochi tuttora esistenti di totale esportazione della parotide, e per rispondervi esamina se desso presenti o meno i criteri dal Beclard voluti per ammetterlo e che sarebbero: 1.° La lesione nell'atto operativo della carotide esterna; 2.° La lesione del tronco del nervo facciale, con consecutiva e permanente paralisi del lato corrispondente della faccia; 3.° La cavità parotidea libera da qualsiasi rimanenza glandulare e 4.° Le risultanze istologiche del tumore asportato, e facile gli riesce di mostrare la perfetta sussistenza di tutti questi argomenti. A maggiore prova infine l'Autore aggiunge a questi il criterio del Malagodi suggerito e provato dalla obliterazione cioè del dutto stenoniano e della aridità sulla secrezione parotidea, che appunto assistevano nel suo operato.

Sc.

Un contributo alla conoscenza della ranula; del prof. E. Neumann. (*Archiv. für Klinische Chirurgie, ecc.*).

Fino dall'estate del 1874 Neumann aveva avuto occasione di sottomettere ad un accurato esame anatomico un pezzo della parete di una grossa ranula escisa da Schönborn. Siccome il risultato dello stesso è poco in armonia colle idee generalmente diffuse sull'origine tanto discussa di questo tumore, così Neumann trova interessante il farlo conoscere.

Della storia della malattia l'Autore è sgraziatamente solo in grado

di comunicare che la cisti in discorso apparteneva a un operaio di 54 anni, che l'avea riportata dalla nascita, ma che solo nell'ultimo anno ne avea osservata una cresciuta rapida. Essa avea alla fine raggiunto una tale grossezza, che la lingua era spinta posteriormente nel cavo faringeo, ed erano insorte gravi molestie sì nel parlare che nel deglutire. Coll'ispezione della bocca non si poteva vedere punto la lingua, ma si osservava invece un tumore squisitamente fluttuante, che dal fondo della bocca sporgeva nella cavità della medesima in alto ed in dietro.

Dalla parte anteriore di esso fu asportato una porzione elissoide, circa della lunghezza di 2" e 1|2 e della larghezza di 1' e 1|2, ricoperta dalla mucosa boccale, che presentò la seguente struttura: Si distingueva chiaramente la membrana cistica propria e la mucosa, che ne ricopriva la parte esterna; queste due membrane erano unite insieme da un testessuto connettivo rilassato, nel quale stava un frammento di strato muscolare esile, che constava di fibre striate. La mucosa aveva struttura normale: solo era a notarsi che le glandole, che si trovavano nella sua faccia inferiore erano forse alquanto più sviluppate che d'ordinario. Per quanto riguarda la membrana della cisti stessa, si vedeva che era ricca di fibre elastiche e perciò si ritraeva quasi di più della mucosa, ed appariva come una membrana convenientemente fitta, coerente, soda, grossa un millimetro, di colore sbiadito. La sua faccia interna era raggrinzata, quasi rugosa, senza splendore, bianchiccia.

L'esame microscopico fu eseguito in parte su preparati freschi, in parte mediante trattamento col liquido di Müller e l' indurimento nell'alcool. Esso fece vedere anzitutto un epitelio vibratile che copriva la superficie libera della membrana. Consta per la più parte di cellule di forma ordinaria, coll'apice conico, che spesso terminava inferiormente in due o più punte, fra le quali si trovavano cellule arrotondate. Queste ciglia, erano lunghe circa 0,005 millimetri, la lunghezza delle cellule toccava talora 0,016 millimetri, la loro larghezza oscillava fra 0,003 e 0,005 mill. I nuclei delle cellule erano ovali, bislunghi, larghi 0,005 mill. Il rapporto di quelle cellule vibratili colle piccole cellule rotonde, disposte al disotto in strato semplice (o composto ?) non era ben chiaro, inquantochè non si potè ben vedere se queste ultime formavano uno strato speciale, sopra il quale stavano le cellule vibratili, oppure se esse erano intromesse fra le terminazioni delle cellule vibratili stesse: però l'Autore ritiene più verosimile la prima opinione, perchè l'altezza di tutto l'epitelio esaminato in sito era maggiore della sopradetta delle cellule vibratili isolate. Le cellule a calice non furono dimostrate.

Al disotto dell'epitelio si trovava uno strato terminale jalino (Basement membrane), il quale si lasciava distaccare dalla rimanente parte fibrosa della parete della cisti insieme con una membrana soda sottoposta, formata da una rete serrata di fibre elastiche. Per ultimo si scorgeva uno strato interno, composto di fasci fibrosi robusti, fortemente collegati, stratificati a lamelle, con pochi elementi cellulari, e uno strato

esteriore, nel quale i fasci fibrosi formavano un intreccio soffice ed irregolare. Vi erano poi grossi rami vasali e numerosi accumuli di piccoli corpuscoli linfoidi, parecchi dei quali seguivano specialmente le vie dei vasi.

Il contenuto della cisti non offerse alcunchè di caratteristico. Esso consisteva in un liquido viscido, sporco, rosso-fosco, contenente molti corpuscoli rossi del sangue recenti e vecchi, scoloriti, molte cellule pallide, rotonde, finamente granulose, la di cui grandezza superava molto quella delle cellule ordinarie incolore del sangue, ed inoltre dei corpi cellulari, omogenei, splendenti, colloidi, parimenti numerosi, delle più differenti grossezze, molti dei quali erano provvisti di uno o più ramoli.

L'Autore all'epoca dell'esame credeva trattarsi d'una formazione eterotopa dell'epitelio vibratile in uno spazio cavo, la cui natura non si poteva ben determinare. Ma l'interessante dissertazione di Bockdalek juniore *Sul forame cieco della lingua* (*Oesterreichische Zeitschrift für praktische Medicin*, 1866. N. 36, 37, 42, 43, 44, 45 con un' aggiunta nel *Reichert's und du Bois Archiv* 1867, pag. 775), lo indusse nell'opinione che quella ranula dipendesse da un'ectasia dell' apparato otricolare nascosto nella radice della lingua, fatto conoscere da Bockdalek.

Questi infatti anzitutto fece conoscere che molto frequentemente (12 volte su 50 casi) il così detto forame cieco della lingua non termina cieco, ma passa invece in un condotto lungo 10-15''', il quale trascorre indietro precisamente a ridosso del legamento glosso-epiglottico medio, lo designa col nome di condotto escretore della lingua. Il terzo posteriore di questo condotto, abbondantemente fornito di piccole glandole mucipare, invia uno o più condotti laterali diretti in avanti ed in basso verso il pavimento della cavità della bocca, ed in questi condotti sbocca un gran numero di otricoli glandolari contrassegnati da epitelio vibratile. Questi sono nascosti nella parte posteriore del muscolo genioglosso, sono lunghi 1'-4''', larghi 1[2-1 1[2''' ; hanno una parete molto dilicata, che contiene una viscosità vitrea, seguente, bianchiccia o rossastra (1).

Fra questi sacchi glandolari di Bockdalek posti alla radice della lingua e la ranula esaminata dall'Autore sussiste dunque una relazione tanto per la loro posizione, come per la struttura della parte e la composizione del contenuto ; ed è giuocoforza concludere che la ranula sia proveniente da una estrema dilatazione dei primi per l' accumulo del secreto. Si osservi poi che anche Bockdalek faceva derivare certe piccole cisti comprese nella muscolatura della radice della lingua da una

(1) Per ciò che riguarda la provenienza delle cellule cilindriche vibratili, crede l'Autore che non sia inverosimile che esse rappresentino gli avanzi dell'epitelio vibratile che nella vita fetale è diffuso sulla superficie della sezione superiore del tratto digerente, come egli stesso ha dimostrato nell'*Archiv für microscopische Anatomie*, Vol XII, pag. 570.

dilatazione del condotto escretore sopranominato o di un suo ramo laterale, e che avea avvanzato la congettura che dilatazioni simiglianti, qualora prendessero le parti più profonde dell'apparato da lui scoperto, dovessero condurre alla formazione del tumore cistico, disegnato come ranula. Possa quest'osservazione richiamare l' attenzione del chirurgo su tale possibilità, che l'esame del pezzo esciso dalla parete della cisti può convertire in certezza.

CAVAGNIS.

Due casi di fistola colli-congenita cistica. (Cisti dei condotti delle branchie di Roser); del prof. E. NEUMANN e del dott. P. BAUMGARTEN in Königsberg I. Pr. (*Archiv. für Klinische Chirurgie*, von Langenbeck sopracitato Mittheilungen).

Dacchè Roser nel suo Trattato di anatomia chirurgica (3ª ediz. 1859, pag. 170), asserì per primo che parecchie cisti, che si presentano al collo procedono dalla imperfetta chiusura delle fessure delle branchie embrionali (1), e che esse s'accostano pel loro significato alle fistole congenite del collo, tali formazioni, a cui Roser impose il nome di cisti dei condotti delle branchie, si trovano menzionate più volte negli scritti d'anatomia, patologia e di chirurgia (2).

Non è però noto agli Autori, che dall' esame anatomo-istologico di tali cisti siasi ricavata la dimostrazione in modo sufficiente da provare chiaramente che a queste cisti appartenga veramente la presunta origine.

Sotto questo rapporto specialmente, ambedue gli esami comunicati sono degni di riguardo; essi ci si offrono a breve intervallo l'uno dall' altro e ci dimostrano concorde il reperto. Risulta dagli stessi, che ci sono al collo delle cisti, le di cui particolarità anatomiche si possono spiegare coll' ipotesi di Roser, e che all' esame anatomico della parete delle cisti può nei casi dubbii essere attribuito un valore diagnostico decisivo.

Oss. 1.ª — Il primo caso appartiene a Neumann; ed è il seguente:

J. F., domestica, di 23 anni, fu ricevuta nella Clinica chirurgica di Königsberg il 30 novembre 1874. Essa asseriva essere venuta al mondo con un noduletto, grosso circa come un pisello, posto al collo, il quale crescendo in grossezza poco a poco fino ai 19 anni raggiungeva il volume di un uovo d'oca. A tale età subentrava una sosta nell'aumento del tumore; e fino a due anni prima d'entrare in clinica, l' ammalata non

(1) Sa il lettore che nell'embrione le parti molli e dure della faccia e le molli del collo si formano per mezzo di prolungamenti, in forma di tubercoli, detti *archi branchiali* o *viscerali*, che nascono in numero di quattro per lato al dinanzi della colonna vertebrale e che sono separati gli uni dagli altri da fessure, che diconsi *fessure viscerali* o *branchiali*. C.

(2) V. specialmente l'interessante scritto di Max Schede *Ueber die tiefen Atherome des Halses*, nell'Archiv. di Langenbeck, vol. XIV. pag. 1.

ne risentiva alcun disturbo; più tardi, e specialmente ultimamente insorgeva raucedine. Eranvi buone ragioni per ritenere che i genitori ed i fratelli dell'ammalata fossero affatto liberi da simili malattie. Alla sua entrata in clinica si vedeva l'ammalata robusta e ben nutrita, che alla faccia anteriore del collo presentava un tumore che cominciava circa ad un centimetro a destra della linea mediana, al margine superiore del manubrio dello sterno, ed estendentesi verso sinistra ed in su; di figura elittica, il suo diametro misurava 9 centimetri in larghezza e 6 in altezza. Il tumore si presentava liscio, molle; la pelle che lo ricopriva era spostabile in guisa normale, e non era solcata da vasi dilatati. Ne fu praticata l'estirpazione con felicissimo esito dal prof. Schönborn il 14 dicembre; la guarigione fu però ritardata da una bronchite intercorrente, che insorgeva nel giorno successivo all'operazione.

Venne consegnato a Neumann il contenuto della cisti svuotata, e l'involucro della stessa già spaccato e rovinato per l'esame relativo. Il primo consisteva in un liquido limaccioso, consistente, grigio, giallastro-sporco. L'esame microscopico non fece conoscere in esso nulla di caratteristico, all'infuori di masse mollecolari granulose, e di numerose tavole di colesterina. Molto più interessante fu il risultato ottenuto dall'esame dell'involucro. Questo apparve formato da una membrana di tessuto connettivo, sottile in generale, increspata e coartata e la di cui faccia interna, discretamente liscia, rosso-pallida ricordava più l'aspetto di una membrana sierosa che quello d'una mucosa; esternamente le stavano aderenti dappertutto dei brandelli di grasso ed una sostanza cellulare lassa. Solamente in una parte, grossa circa come un tallero che apparteneva alla porzione anteriore della cisti inquantochè lasciava riconoscere la apertura, livida, appariva più dura la parete di essa cisti e quasi cartilaginea, e vi raggiungeva una grossezza di 1[2''' millimetro. Neanche la parete interna di questa parte si presentava liscia; ma anch'essa era scabra, con rialzi leggermente granulosi. Il passaggio di queste parti nella porzione sottile, e lassa circonvicina della parete della cisti avea luogo senza un ben definito confine.

Solo quà era dimostrabile una veste epiteliale alla superficie interna, in forma di piccoli pezzi molli, macroscopicamente membranosi, che il microscopio dimostrava essere formati da epitelio pavimentoso.

L'esame eseguito in seguito su sezioni della membrana della cisti, parte in stato fresco, parte dopo pregresso indurimento nel liquido di Müller e nell'alcool, dimostrò che l'epitelio non avea dappertutto il carattere sopranotato, ma che si presentava invece in un altro luogo un epitelio vibratile stratificato. Sgraziatamente non potè l'Autore acquistare cognizioni sufficienti e precise sulla estensione e sulla diffusione dello stesso perchè il preparato era troppo malconcio; tuttavia da numerose sezioni compite in varii luoghi della cisti, egli acquistò la convinzione che l'epitelio vibratile era prevalentemente sviluppato, e che il pavimentoso semplice si limitava a quella parte sopranotata dove la

cisti offriva la parete di maggior spessore, come pure a qualche altra piccola porzione. Per quanto riguarda l'epitelio vibratile, esso s'accostava in ogni sua particolarità a quello degli organi respiratorii; lo strato epiteliale avea una grossezza di 0,06 millimetri e oltre a cellule vibratili ben sviluppate, lunghe 0,06 millimetri ne conteneva delle piccole irregolarmente angolose, che si frammettevano alle terminazioni inferiori di quelle. La parte superiore larga delle cellule vibratili avea un orlo basale manifesto, liscio, e ciglia vibratili della lunghezza di 0,003 fino a 0,005 millimetri. Dove si trovava l'epitelio pavimentoso, si poteva parimenti riconoscere una disposizione complicata; e gli strati più profondi consistevano di cellule piccole, molto granulose, mentre i superficiali constavano di cellule più grandi, più chiare, del diametro di 0,05 millimetri, tutte quante provviste d'un piccolo nucleo rotondo od ovale. In niun luogo era improntato un carattere veramente epidermoidale, e mancavano pure dappertutto ghiandole, peli cutanei e papille.

Sotto l'epitelio nella parte sottile della parete della cisti si trovava una larga rete di fasci di tessuto connettivo areolare con cellule rotonde discretamente numerose, che verso l'esterno s'accavallavano con mucchi di cellule adipose, rotonde e fusiformi; esternamente vi si trovarono reti più grosse di fibre elastiche.

La parte anteriore della cisti, contraddistinta per la grossezza e la durezza, si vedeva su sezioni perpendicolari consistere di fettuccie saldamente congiunte, fibrose, rigide, larghe proporzionatamente, le quali erano sovrapposte paralellamente l'una all'altra nella totalità della superficie e lasciavano riconoscere fra di loro dei corpi cellulari bislunghi, stretti; vi mancavano del tutto le fibre elastiche, e qua e là vi erano anche dei vasi, come nelle altre parti.

Oss. 2.ª — L'altro caso venne studiato da Baumgarten pure di Könisberg e lo osservava in un uomo, di 58 anni; la cisti era anche qui a destra della linea mediana al margine superiore dello sterno. Mentre la origine congenita era nel primo caso dimostrata dall'anamnesi, nel caso di Baumgarten ciò appariva verosimile per la forma del tumore e per una esterna apertura della fistola, corrispondente alla riduzione della pelle alla superficie del tumore. L'esame diligente clinico ed anatomico di questo caso concorda tanto coll'esame del primo, che i due Autori trassero la seguente comune epicrisi.

Ambo gli esami hanno presentato un reperto molto importante per la particolare combinazione dell'epitelio stratificato pavimentoso e del cilindrico vibratile, la quale pare non essere stata finora veduta nelle cisti del collo, e che forse trova ancora una analogia nella struttura di certe cisti dermoidi dell'ovaia. In questo reperto poi noi abbiamo una prova molto evidente dell'origine di dette cisti dai condotti delle branchie nel senso di Roser, il che viene del resto anche pienamente confermata da tutte le altre circostanze, quali sono la situazione delle cisti al disopra dell'articolazione sterno-clavicolare, la manifesta origine congenita

nel primo. la forma imbutiforme e la riduzione della pelle corrispondente all'apertura esterna della fistola nel secondo caso; e gli Autori convengono nell'affermare, che mentre sarebbe molto arduo il dare spiegazione dei fatti notati supponendo qualsiasi altra derivazione di esse cisti, l'ammissione invece di una origine di esse cisti da una fessura delle branchie embrionali porge una plausibile spiegazione.

In quei casi in cui le fistole congenite del collo aveano un' apertura interna, questa si trovava per lo più nel fornice della faringe, il quale era rivestito da epitelio vibratile (V. la figura in uno scritto nell'Archivio di Virchow, vol. 32, tavola 12, come pure il confronto delle tabelle di Hersinger, ibidem, vol. 29); queste stesse fistole d'altra parte s'accostarono colla loro apertura esterna alla superficie della pelle; perciò era ben già *a priori* supponibile che la copertura epiteliale delle stesse consisterà, nella parte superiore del suo decorso, di epitelio vibratile stratificato, nella inferiore di formazioni epidermoidali (1). E così anche nella chiusura cistica di una parte dei condotti delle branchie hassi la combinazione d'entrambe le forme di epitelii nella cisti stessa. Inoltre risulta dalle suesposte osservazioni e specialmente dalla seconda, che non sussistette nelle cisti un limite di separazione rigoroso fra l'epitelio cilindrico vibratile da una parte e il pavimentoso dall'altra; che anzi si trovò un passaggio graduato fra le due forme in guisa che s'alternarono l'una coll'altra, sebbene nella parte inferiore della seconda cisti l'epitelio pavimentoso fosse più abbondante che nella superiore. Resta poi cosa molto evidente e chiara il discendere molto basso dell'epitelio vibratile, perchè in ambo i casi le cisti appartenevano, come la loro posizione dimostrava, alla parte più profonda (esteriore) dei condotti delle branchie.

CAVAGNIS.

Epistassi vinta coll'applicazione d'un nastro stretto alla coscia; del dott. BLONDEAU. (*Union Médicale*, decembre 1877, N. 144).

L'ammalato, un gottoso, avea diggià perduto due iltri di sangue ed era stato colto da sincope dietro la quale l'emorragia s' era arrestata. Otto giorni dopo l'epistassi riappariva e per le condizioni generali dell'infermo, più grave di prima. Chiamato di fretta l'Autore, non avendo questo a sua disposizione la siringa di Belloc ed usata invano l'injezione d'acqua fredda con percloruro di ferro, volle tentare l'applicazione d'un laccio, stretto fortemente, all'interno della parte media della coscia: istantaneamente l'emorragia cessava.

Ma all'indomani, questa non essendo riapparsa, volle levare il nastro e l'emorragia ricompariva: una nuova applicazione era, come la prima

(1) In una nota apposta a questo articolo Neumann dichiara come l'osservazione di Rehn (Archivio di Virchow, vol. 62, pag. 269), il quale veramente dimostrò la presenza dell' epitelio vibratile in un' ordinaria fistola colli-congenita, non gli era nota all'epoca della sua osservazione, che lo aveva condotto all'esposta spiegazione. C.

volta, coronata da felice risultato e così per un certo lasso di tempo s'avea perdita di sangue al toglier del laccio e arresto dell'epistassi coll'applicarlo, finchè l'emorragia cessava del tutto.

Bossi.

Su di un modo d'impedire la penetrazione nelle trombe d'Eustacchio dei liquidi iniettati nelle cavità nasali per mezzo della otturazione delle aperture faringee delle trombe stesse; del dott. Zanfal. (*Prager Med. Wochenschr.*, 1876, N. 50).

Sull'uso e l'abuso della doccia nasale e sul pericolo relativo all' introduzione dei liquidi nelle vie nasali; del dott. Patterson. (*Dubl. Journ. of Med. Sc.* LXVI., june 1877, pag. 543).

Un corpo straniero nell'orecchio medio a timpano illeso ed alcune osservazioni sulle doccie del naso e della gola; del dott. Schalle. (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1877, N. 31).

Sull'uso della doccia nasale; del dott. Fraenkel. (*Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.*, 1877, N. 30, e *Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, 1877, N. 40).

Casells crede che nell'applicazione della doccia nasale nascano dei pericoli per l' orecchio solamente per l' abuso delle stesse, e che questi si possono evitare colle denite precauzioni. Egli non abbandona l'uso della doccia nasale al paziente medesimo. La corrente del liquido viene interrotta ogni 5 secondi, per permettere al paziente di riposarsi e ripulirsi il naso con una profonda espirazione a bocca chinsa. La doccia è interrotta quando il paziente cessa dal respirare, il che egli deve fare continuamente brevemente e fortemente, o quando insorgono movimenti involontarii. Dopo la doccia il paziente si pulisce il naso colla corrente dell'espirazione. La doccia deve essere applicata a sè stesso solo da un paziente abbastanza istrutto. In questo modo è riuscito l'Autore a far impiegare la doccia senza alcun accidente da un gran numero di pazienti.

Gli altri tre Autori aveano, malgrado ogni cautela, da lamentare sinistri incontri all'orecchio, cagionati dalla doccia nasale. Zanfal e Fraenkel l'ottite media semplice, Schalle la penetrazione di un frammento di gomma della siringa attraverso alla tromba nella cavità del timpano e perforazione successiva della membrana del timpano, per la quale fu estratto il corpo straniero. Tutti tre poi ritengono la doccia nasale per necessaria ed oltre alle conosciute regole profilattiche, ne indicano una nuova per tor di mezzo i pericoli per l' orecchio. Schalle raccomanda l'uso delle siringhe di vetro. Zanfal preme colle dita dalla bocca il palato molle contro l' imboccatura delle trombe, in modo che queste restano otturate completamente. Egli ha anche costrutto recentissimamente (*Prager med. Wochenschr*, N. 28), un istrumento a forma di tenaglia (compressore delle trombe), il quale supplisce alle dita del medico. Fraenkel fa pronunciare la lettera *U* al paziente, finchè l' acqua

scorre attraverso il naso, ottenendosi anche con questo mezzo la chiusura delle imboccature delle trombe.

CAVAGNIS.

In qual modo si possa produrre un'anemia artificiale perle operazioni sulle labbra e sulla guancia; del dott. CARLO LANGENBUCH. (*Raccoglitore Medico*, N. 15, 16, anno 1877).

L'Autore, non potendosi in questa regione applicare il metodo di Esmarch, da due anni vi sostituisce il seguente processo: attorno al campo dell'operazione pone dei fili di seta incerati, ch'ei fa penetrare nello spessore dei tessuti e ne li fa uscire mediante aghi curvi; ed i due capi al filo sporgenti al di fuori annoda solidamente fra loro. Allo scopo di ottenere un'iscemia perfetta, non si deve cercare di abbracciare con un solo filo una porzione troppo estesa di tessuti. L'Autore non lascia una distanza maggiore di 3 a 4 centimetri fra gli orifizii di entrata e di uscita dei fili. Nessuna parte dei tessuti deve sfuggire alla costrizione.

Operando in tal guisa si ha il vantaggio di provocare non solo una anestesia locale, ma anche un'anemia.

Recidendo poi le legature si ripristina ben tosto la circolazione senza che sia stata alterata la vitalità dei tessuti e che le punture degli aghi s'infiammino.

Ma dacchè nolla forcipressura (*Annali univ. di med.*, dicembre 1877. Parte Rivista, pag. 526) si può ottenere lo stesso intento, questo processo non sembra da raccomandarsi. Basterebbe infatti o circondare il male con mollette ad estremità ricurve, o meglio con un anello, come avviene colla pinzetta di Desmarres per le palpebre, per ottenere con maggiore semplicità l'identico effetto.

BOSSI.

Dei tumori della regione geniale e della loro estirpazione; per M. VISSAGNET. (*Thése*, 1877 e *Bulletin de Therap.*, 30 novembre 1877).

Il professore Verneuil da molto tempo insegna che i tumori maligni della guancia devono essere operati con certe regole dalle quali non può dipartirsi, senza che il chirurgo si esponga a degli inconvenienti serii. Vissagnet nella sua tesi sviluppò quest'idea e riferisce delle osservazioni in appoggio dell'opinione del suo maestro.

Egli cerca di dimostrare, che l'estirpazione di questi tumori per la cavità boccale espone a delle emorragie, a delle sincopi ed alla soffocazione ed alle recidive, potendosi facilmente lasciar in posto porzione di tumore, che questo metodo finalmente rende difficile od anche impossibile l'impiego del cloroformio.

Quindi l'Autore conchiude nel modo seguente:

L'anestesia è utile togliendo le cause delle congestioni subitanee in una regione così vascolare come si è quella della guancia e diminuendone lo scolo sanguigno alla superficie della ferita.

Per arrivare a tale risultato occorre; attaccare il tumore per la fac-

cia esterna della guancia; comprendere nell'estirpazione una notevole estensione di tessuto sano; riserbare per l'ultimo tempo dell'operazione l'apertura della bocca e l'escisione della porzione della mucosa alla quale aderisce il neoplasma; servirsi per quanto è possibile per quest' operazione del termo-cauterio, nè punto affrettarsi, ne' casi di tumori maligni, di fare la riunione della ferita, al contrario opporsi ad una cicatrizzazione troppo rapida per poter sorvegliare ed arrestare in tempo le recidive. Più tardi si potrà riunire per seconda intenzione. Non si devono levare per la bocca che i tumori poco dolorosi, poco vascolari, ad andamento lento, di natura benigna e con incisioni poco estese.

PARONA.

Dell'adenoma e del granuloma dell'ombelico nei fanciulli; del dottor OTTO KUSTUER. (*Archiv. für pathologische Anatomie und Physiologie*, von Rud. Virchow, vol. LXIX, p. 286).

Su dieci casi di fungo ombelicale, che l'Autore ha osservato, sette erano di semplice tumori a granulazioni, essenzialmente costituiti di cellule arrotondate, mentre che negli altri due casi il tumore conteneva delle glandole d'una forma speciale, fatto che fin quì non avea mai osservato.

I granuloma, si riscontrano nei fanciulli da due a cinque settimane: il loro volume non sorpassa mai quello d'un pisello ed il colorito è di un rosso vivo. L'ablazione del tumore non dà luogo che a legger emorragia. Quanto alla struttura istologica di questi tumori il centro ed il peduncolo sono essenzialmente costituiti da cellule connettive fusiformi, mentre che alla periferia, si trovano delle cellule arrotondate. Alla superficie esterna, queste cellule arrotondate sono stipatissime, comprimonsi a vicenda, la sostanza intercellulare è rarefatta. Soltanto un voluminoso tumore esportato in un bambino di quattordici giorni era rivestito nel mezzo della sua superficie d'una epidermide, ed in questo punto era d'un rosso bleu carico. Questi granulomi sono ricchi di vasi al centro, ma però di calibro piccolissimo.

La seconda varietà di questi tumori, gli adenomi, offre a prima vista l'istesso aspetto dei granulomi. Nel primo caso osservato dall' Autore in un bambino di tre mesi, il tumore avea il volume d'un piccolo pisello. Quando fu estirpato, si dovette torcere un'arteriuzza che gettava sangue in certa quantità. Diggià ad occhio nudo si poteva riconoscere, a sezione sottilissima, delle strie raggiate che dalla periferia andavano al centro, dovute alla presenza di numerose ghiandole. Queste erano tubolose e la più parte semplici: erano incastrate in uno stroma di cellule connettive, rotonde e fusiformi. In tutta la loro estensione queste ghiandole vedevansi tappezzate da un epitelio cilindrico omogeneo. Il centro del tumore non era come nei granulomi, costituito esclusivamente da tessuto congiuntivale, ma bensì da una tonaca muscolare completa. Delle fibre liscie, in numero veramente considerevoli, scorrevano dal fondo delle ghiandole al centro del tumore, ove si vedevano molti vasi beanti.

Nel secondo caso d'adenoma osservato da Küstuer, il tumore presentava presso a poco la medesima struttura del caso precedente.

Le ghiandole, più numerose, erano più piccole e più allungate. Lo strato epiteliale che tappezzava il fondo delle ghiandole conteneva delle cellule caliciformi: i limiti fra lo stato ghiandolare e muscolare, non erano così netti come nei casi precedenti e la parte superficiale del tumore presentava, in blocco, l'istessa disposizione che lo strato superficiale del grosso intestino.

Insomma, la denominazione di fungo ombelicale comprende, secondo Küstuer, due varietà di tumori ben distinti dal punto di vista anatomico: il granuloma, essenzialmente costituito da tessuto connettivo, e l'adenoma che vi produce tutti i caratteri della mucosa del grosso intestino (strato muscolare, strato glandulare, strato superficiale epiteliale).

Quanto alla matrice dei tumori in questione, dessa non è solo l'allantoide; perchè i resti dell'allantoide extrafetale nel feto a termine, non contengono dell'epitelio e molto meno ghaindole. Dopo che Ahefeld (*Archiv. für Gynecologie*, S. X) ha potuto constatare, in due feti, la persistenza, al di là del periodo normale, del condotto onfalo-mesenterico, Küstuer è disposto a credere che è a spese della mucosa di questo condotto, contenente elementi ghiandolari, che si sviluppano gli adenomi dell'ombelico.

Bossi.

Tumore fibroso del palmo della mano; difficoltà di diagnosi; guarigione; del dott. Notta. (*Unione Medicale*. Novembre 1877. N. 137).

Un uomo di 38 anni, conciatore di pellami, magro, di costituzione delicata, eminentemente nervoso, videsi apparire, nel corso di dieci anni, un piccolo tumore alla parte esterna ed inferiore della eminenza tenar diritta all'indentro del pollice, aveva acquistato il volume d'una noce, ed era dolorososoltanto sotto gli urti. Indolente alla pressione, non impediva al malato di servirsi della mano e di attendere alle sue incumbenze. Il tumore crebbe insensibilmente di volume e al giorno dell'osservazione il paziente si presentava nel seguente stato:

Alla parte inferiore dell'eminenza tenar, si osservava un tumore del volume di un uovo di pollo che prolungavasi da una parte nel palmo della mano e dall'altra fino al sito di divisione del primo dal secondo metacarpo. Questo tumore era leggermente incavato, a pelle di color normale e non aderente. Se si fissavano le dita, non gli si poteva imprimere alcun movimento, e sembrava aderire al primo e secondo metacarpo. Nel suo punto più saliente ch'era nel primo spazio metacarpico dava un senso di fluttuazione dei più palesi. Alla pressione era mediocremente dolente, l'urto provocava vivo dolore. I movimenti delle dita si conservavano nella loro integrità. Una puntura praticata nella parte fluttuante dava esito a sangue puro.

Nel far l'ablazione del tumore si cloroformizzava l'infermo e si applicava sulla mano e l'avambraccio la benda elastica. L'operazione non

decideva se il tumore era aderente al metacarpo, se s'infossava nel palmo della mano fra i tendini dei flessori e la volta osteo-fibrosa formata dai metacarpi.

Circa dopo un mese la ferita era quasi cicatrizzata: la libertà dei movimenti delle dita era conservata: l'indice soltanto era un po' flesso.

Il tumore presentava la forma d'una pera colla piccola estremità situata profondamente fra i tendini dei flessori e la grossa estremità facente salienza nel primo spazio intermetacarpico. La sua superficie era incavata, irregolare. Inciso nel suo più gran diametro, sembrava formato da tessuto fibroso. Nel sito dove era stata praticata la puntura si vedeva una cavità ripiena di sangue coagulato: al disotto, il tessuto fibroso per un certo tratto, era infiltrato di sangue in via di riassorbimento.

Il diagnostico dei tumori della mano presenta spesso grandi difficoltà e in questo caso nessun certo oserà negare ch' esistessero. Infatti si avea a fare con un tumore che contava dieci anni di esistenza e che in tutto questo tempo s'era sviluppato lentissimamente. Questa circostanza era tale da allontanare l'idea d'un tumore maligno. Nella sua parte più saliente, la sensazione della fluttuazione era sì netta, sì evidente, che non potevasi ammettere l'esistenza d'una cavità piena di liquido d'una cisti. Per assicurarsi, si praticava la puntura e s'otteneva uno scolo abbondante di puro sangue: si pensò trattarsi allora d'un tumore encefaloideo rammollito, tanto più che il chirurgo sapeva essere il padre di quest'ammalato morto di cancro della mano che s'era diffuso. L'Autore termina richiamando l'attenzione sulla possibilità che i tumori fibrosi possan rammollirsi e vascolarizzarsi al punto da simulare un cancro encefaloideo: facendo anche notare come la grande guaina del flessore possa essere largamente aperta, possa suppurare, senza dar luogo ad accidenti di sorta, e che i movimenti delle dita posson ristabilirsi nelle loro integrità.

Bossi.

Aneurisma della carotide primitiva sinistra — applicazione dell'elettricità sulla superficie del tumore — guarigione; per José Pereira Guimaraez. (*Giornale Veneto*, 1877).

I lettori della rivista conosceranno già quanto il prof. Gallozzi ebbe a scrivere su tale modo di curare gli aneurismi, ora aggiungiamo a conferma il caso seguente:

L'infermo è un mulatto di 40 anni, di temperamento sanguigno, di forte costituzione, di alta statura e di professione facchino. Entrò all'ospedale di Nona Senhora di Ayada il 5 gennaio 1874; egli presenta un tumore alla regione cervicale laterale sinistra, pulsante e discosto 2 cent. e 1[2 dalla clavicola, ed estendentesi in alto fino al margine superiore della tiroide. Questo tumore è collocato sotto lo sterno cleidomastoideo, è mobile, senza aderenze, nè superficiali nè profonde, del volume di un uovo di pollo, ricoperto di pelle sana, esso si espande ritmi-

camente. All'ascoltazione si rileva un soffio diastolico. Il tumore fa parte dell'arteria carotide primitiva, comprimendo l' arteria al di sotto, essa cessa di battere, al di sopra si gonfia maggiormente e batte con più violenza.

L'arteria temporale del lato malato batte con meno d' intensità di quella del lato sano. L'infermo soffre di rumore nelle orecchie e vertigini. L'esame del cuore e dei grossi vasi diede reperto negativo. Nel primo mese del morbo l'infermo soffriva forti dolori i quali poi cessarono. Fu fatto anche con accordo di parecchi medici diagnosi di aneurisma della carotide primitiva.

Il dott. José Pereira Guimaraez voleva passare alla legatura della arteria, quando invece l'ammalato dovette lasciare l'ospedale.

Vi ritornò quindi al 3 ottobre dello stesso anno, ma il tumore aveva fatto progressi spaventevoli (4 volte più grande): era impossibile la legatura, imprudente l'iniezione di sostanze coagulanti. L' Autore esitava tra la elettro-puntura e la compressione diretta, quando gli balenò l'idea di applicare l'elettricità alla superficie del tumore. E così fece: il 25 di ottobre egli applicò gli elettrodi dell' apparecchio elettro-magnetico di Gaiffe, alternativamente ora sopra un punto ora sopra un altro del tumore; l'intensità della corrente era a tolleranza dell'infermo, l'applicazione durava incirca 10 minuii con qualche piccola interruzione per far riposare il paziente. La seconda applicazione fu praticata il 27, la terza al 30, la quarta al 2 novembre. Al 3 novembre il tumore era già diminuito di volume; ma la pelle era tesa e rossa, quindi per due giorni non si fece che il bagno ghiacciato. Le ultime due applicazioni furono fatte al 6 ed al 11 novembre; nei giorni di intervallo si usarono bagni freddi per combattere l'infiammazione. Al 22 dello stesso mese il tumore era ridotto a due terzi del volume primitivo era più duro e batteva più lentamente. L'infermo dovendo uscire dall'ospedale gli fu raccomandato il riposo. Due mesi dopo egli era guarito, il tumore era duro completamente, non batteva, ed era ridotto a men di un terzo del suo volume.

Due anni dopo il tumore era rappresentato da un piccolo nodo, appiattito, duro e quasi circolare.

L' infermo è stato presentato all' Accademia imperiale di medicina colla fotografia rappresentante l' aneurisma, ed i medici hanno potuto constatare la perfetta guarigione. È questo il primo caso di guarigione di un aneurisma coll' applicazione esterna dell' elettricità, anzi è questa la prima volta che l'elettricità è stata applicata sulla superficie dell'aneurisma.

L' Autore crede, che l'aneurisma, sotto l'azione dell'elettricità diminuisca e si faccia duro e che queste modificazioni sieno persistenti. L'azione dell' elettricità sarebbe coagulante, in questo caso poi la formazione di coaguli sarebbe stata agevolata dalla compressione esercitata sul tumore dal muscolo sterno-cleidomastoideo contratto. I coaguli pro-

vocherebbero probabilmente un lavorio infiammatorio nel sacco e ne favorirebbe l'obliterazione.

Questo processo è dunque commendevole per la sua semplicità per la facilità della sua applicazione e perchè è più innocente dell' elettro-puntura. Esso evita poi sempre la gangrena e l'emorragia per i punti di penetrazione degli aghi. Resta a vedersi se sarà sempre ugualmente efficace dell'elettro-puntura.

PARONA.

Fasciatura elastica per la compressione dell' aorta; del dett. GIBB. (*The Britisch Medicale Journal*).

L' Autore ha fatto una disarticolazione della coscia in un giovinotto di diciotto anni, in causa di un tumore. Praticata la fasciatura elastica compressiva lungo tutta l'estremità; ha posto di poi una pallotta sull'aorta e l'ha tenuta in sito per mezzo di 7 od 8 giri di fascia elastica. Durante l'operazione il paziente avrà perduto forse due sole oncie di sangue venoso e non una goccia di sangue arterioso. La compressione non portò in seguito alcun disturbo.

BOSSI.

Del trattamento sollecito dell'aneurisma popliteo colla fasciatura di Esmarch; per T. SMITH.

Il chirurgo dell'Ospedale di S. Bartholomey a Londra, narra il caso di un uomo sui 45 anni il quale al 7 marzo 1877, era stato ricoverato all'Ospedale per avere un aneurisma nello spazio popliteo destro, del volume di un uovo di gallina. Il paziente sano e magro, ebbe a riferire, che il tumore datava da tre settimane, che l'aveva rilevato quando aveva il volume di un'albicocca, che era gradatamente ma rapidamente accresciuto. Coll' esame si riscontrava, che la pulsazione dell' aneurisma era energica, che la flessione non bastava ad arrestare la circolazione nel sacco, ma che cessava colla compressione della femorale. Il paziente soffriva forti dolori, massime di notte; non si trovarono antecedenti sifilitici, il primo suono del cuore aveva un carattere soffiante, le orine erano sane.

Col riposo in letto di alcuni giorni la tensione dell' aneurisma ed i dolori diminuirono.

La cura fu incominciata al 17 marzo. Il membro fu involto in una fascia elastica dalle dita alla parte inferiore dello spazio popliteo, come anche dal di sopra dell' aneurisma all' inguinaja, dove l'arto fu circondato da un forte tubo di gomma, in guisa da arrestare la circolazione del membro.

L' aneurisma e lo spazio popliteo rimasero scoperti, e così si poterono rilevare le ultime pulsazioni nel sacco. In tal guisa la circolazione fu abolita per un'ora, e durante l'ultima mezz'ora, l'infermo fu cloroformizzato a motivo del dolore. Infine, mentre il paziente era ancora sotto il cloroformio, fu rimossa la fasciatura d'Esmarch, ed applicato invece

a|la femorale il tornichetto italiano e mantenuto in posto per due ore, ma sul finire della prima ora il paziente cominciò a lagnarsi del dolore ed a sentirsi freddo l'arto. Dopo tre ore la compressione fu sospesa rifiutandosi il paziente di riprendere il cloroformio e dichiarandosi incapace di sopportare il dolore.

L'aneurisma però era già solidificato e ridotto a metà volume.

Nella notte il paziente si lagnò di dolori all'arto e la temperatura salì a 100°,2 F. Alla mattina vegnente egli era ancora sofferente per gli effetti del cloroformio, ma i dolori all'arto erano del tutto spariti e sotto ogni altro riguardo stava bene. L'ammalato lasciò l'ospedale guarito al 6 aprile.

Questo caso l'Autore crede giustamente interessante giovando a farci meglio conoscere un metodo di cura relativamente al quale non abbiamo ancora sufficienti prove sul suo valore nel trattamento dell'aneurisma, e perchè ancora ignoriamo le regole dettagliate che possono essere utili da adottarsi, nell'intraprendere questo metodo, ed in quali casi essa possa con maggior profitto essere impiegato.

Non vi è dubbio, egli dice, che colla fasciatura di Esmarch noi possiamo mantenere un arresto completo e continuato della circolazione in un membro; un arresto che non è suscettibile di interruzione pei movimenti del paziente o mancanza di destrezza nel curante, contingenze che sono inseparabili coll'impiego del tornichetto.

Il bendaggio d'Esmarch è il mezzo più perfetto che al presente noi possediamo per applicare in certe sedi i principii del dott. Murray della cura rapida di un aneurisma colla compressione (1). Finora è stato con buon effetto adoperato dal dott. Reid (2), Vagstaffe (3), M. T. A. Heath (4), M. T. Wright (5) ed ultimamente da M. Bradley (6). Egli è possibile che molti altri abbiano applicato questo trattamento negli aneurismi e forse anche con successo indifferente, pure è probabile che la maggior parte delle cure sieno state pubblicate.

Smith esperimentò questo metodo cura in tre volte, e due di queste, nel medesimo paziente, ed in ambedue lo scopo fallì. Il primo insuccesso crede si debba attribuire all'aver pressochè vuotato l'aneurisma di sangue colla pressione sul sacco, e nel secondo insuccesso gli rimase il dubbio che la circolazione nel sacco non fosse stata completemente ar-

(1) Coloro i quali desiderassero maggiori informazioni su questo metodo del dott. Murray potranno trovarle nella nostra Rivista dell'anno 1872, pag. 157.

(2) Questo fu il primo che intraprendesse tal metodo di cura e la storia del caso da lui guarito si può leggere nella nostra Rivista chirurgica, anno 1876, 1.° semestre, pag. 312.

(3) « The Lancet », vol. II, pag. 461, 1877.

(4) « British Medical Journ. » pag. 570, 1876,

(5) « The Lancet », vol. I, pag. 163, 1877.

(6) « British Medical Journ. », 1876, pag. 171.

restata, avendo coperta la parte ammalata con il bendaggio. Oltre a cotesti errori nell' applicazione del trattamento, Smith ha la convinzione di non aver mantenuto l'interruzione del circolo per un tempo sufficiente da permettere al sangue del sacco di coagulare, qualora anche non si fossero omesse le altre circostanze favorevoli alla riuscita.

Nel caso fallito nelle mani di Bradley si fecero pure due tentativi nel medesimo soggetto per guarire un aneurisma popliteo. Il piano curativo da lui impiegato fu essenzialmente lo stesso di quello di Smith e da altri con profitto impiegato.

Dall' esame dei casi di aneurismi finora curati colla fasciatura di Esmarch emergono i seguenti fatti:

In tutti i casi l' aneurisma era dell' arteria poplitea. In tutti meno un caso (M. Wright) la cura fu incominciata arrestando completamente la circolazione del membro per *un'ora* colla fasciatura d'Esmarch, e la pressione fu continuata dopo col mezzo d'un tornichetto.

La compressione col tornichetto nel caso di Reid fu mantenuta per 20 ore, in quello del Vagstaffe per sette ore e mezzo, nel caso di Heath, per cinque, in quello di Smith per due. Nel caso di Wright la fascia di Esmarch fu mantenuta applicata per due ore ed un quarto e dopo la compressione fu continuata più o meno esattamente per cinque giorni col mezzo di un torcolare.

Le pulsazioni nell'aneurisma si conobbero cessate a capo di 50 minuti nel caso di Reid, di due ore nel caso di Vagstaffe, di un' ora nel caso di Heath, di tre ore nel caso di Smith ed in 24 ore in quello di Wright. In quest' ultimo caso la pulsazione ritornò ugualmente forte, dopo essere mancata per alcune ore.

Egli è probabile che la coagulazione del sangue nel sacco in questi casi possa essere avvenuta, prima che il fatto fosse stato avvertito per la mancanza delle pulsazioni: nel caso dell'Autore dopo un'ora che il trattamento era in corso, e quando il bendaggio fu surrogato dal tornichetto, si è potuto rilevare che la coagulazione non era ancora avvenuta, mentre dopo altre due ore il sacco aveva cessato di pulsare; ma durante queste due ore lo stato del sangue entro l'aneurisma non potè essere stabilita essendochè la compressione sulla femorale fu rigorosamente mantenuta. Smith notò però che sul finire delle prime due ore di cura, l'infermo si lagnò di un fiero dolore e fu côlto da brividi. Egli crede che fu in questo momento, che la coagulazione nel sacco avvenne.

Relativamente al modo col quale fu applicata la compressione Smith rimarca, che nei casi di Wagstaffe ed Heath, la fascia elastica fu applicata sull'intero membro con moderata strettura al di sotto dell'aneurisma, mollemente in corrispondenza del sacco e strettamente al di sopra dello stesso, senza applicare alcun laccio elastico all' inguine. Nel caso di Wright ed in quello dell'Autore, oltre la fasciatura elestica sopra tutto il membro, eccetto che in corrispondenza al sacco, si fece uso di

uno strettojo elastico all'inguine. Nel caso di Reid fu adoperato soltanto lo strettojo elastico all'inguine senza fasciatura del membro. Nel caso di Bradley e di Smith l'aneurisma fu lasciato del tutto esposto, così che lo stato suo si poteva liberamente esaminare tanto per parte della pulsazione, quanto per quella della solidità. In tre dei casi ricordati, durante il trattamento e probabilmente durante o tosto dopo la formazione del coagulo nel sacco, fu visto pulsare vigorosamente una piccola arteria sopra il sacco. In tutti i casi in cui il risultato fu favorevole, il bendaggio fu per tal modo applicato, che il sacco restasse pieno di sangue, mentre che la circolazione del membro era sospesa.

Dallo studio di questi casi pare che le circostanze da osservarsi perchè il risultato sia favorevole sieno: che la circolazione nel membro per un certo spazio di tempo sia completamente arrestata, che il sacco aneurismatico sia pieno di sangue e che anche la circolazione nel sacco sia interrotta per un tempo sufficiente da permettere al sangue di coagulare.

Per quanto tempo si possa prudentemente escludere il sangue dal membro intero colla fascia d'Esmarch e quando il maggior effetto locale del tornichetto possa essere sostituito alla fascia elastica egli è materiale per ulteriori investigazioni.

PARONA.

Di alcuni fenomeni curiosi che si osservano in seguito alla legatura della femorale; del dott. JAMES ISRAEL. (*Archiv. für Klinich. Chirurgie*, von Langenbeck, S. XXI, p. 109).

L'Autore, in una ragazzina affetta da angectasia diffusa dell'arteria tibiale anteriore destra ed a cui era stata praticata la legatura della femorale dell'istesso lato, osservò i seguenti fenomeni curiosi.

Innanzi tutto la parte del membro situata al disotto della gamba divenne sede d'una iperalgesia fortissima. Una mattina la ammalata si metteva a pronunciare parole incoerenti, poi verso il mezzodì era presa d'un accesso di convulsioni cloniche e toniche dei muscoli della faccia e del collo, con perdita della coscienza; dopo un po'di quiete insorse un secondo accesso. Nell'istesso tempo, la frequenza delle contrazioni cardiache era notevolmente aumentata; cianosi e pallore si susseguivano, le vene del dorso delle mani ora si gonfiavano ora si svuotavano. Questi accessi termina rono con uno stato soporoso per rinnovarsi in seguito e divenir sempre più frequenti. Il cloroformio non influenzava che la durata dell'accesso. Per contro quando si faceva alla piccola inferma un'iniezione sottocutanea di una miscela d'atropina e morfina, la convulsione perdeva immediatamente della sua violenza e la fanciulla non tardava ad addormentarsi.

Infine, un dì, l'ammalata era presa da subita cecità, ma passeggera, fenomeno che si rinnovellava a più riprese e che si complicava due volte colla ambliopia a sinistra.

L'Autore ritiene che la legatura dell'arteria femorale abbia per ef-

fetto un aumento della pressione intravascolare e in particolar modo della pressione intracranica: quindi l'eccitazione dei centri nervosi e del nervo vago fra gli altri, come il dimostra il rallentamento del polso. L'irritazione dei nervi periferici della gamba malata basta, secondo lui, a provocare per via riflessa la convulsione e le altre manifestazioni dell'istesso ordine.

Bossi.

Buoni effetti delle iniezioni sottocutanee d' ergotina in un caso di gozzo fibro-vascolare; per Sainclair Coghill. (*The Lancet*, 4 agosto 1877).

L'influenza manifesta dell' ergotina sopra gli elementi contrattili dei tessuti del sistema vascolare hanno condotto diversi medici a sperimentare questa sostanza nel trattamento d'emorragie di varia natura e di certi tumori vascolari. Sono noti in proposito i risultati ottenuti da Hildebrands e da altri nella cura dei tumori fibrosi dell'utero.

Il dottor Sainclair Coghill ottenne parimenti un risultato rimarchevole in un caso di gozzo con esoftalmia.

Il tumore era voluminosissimo e comprimeva la trachea e l' esofago in guisa da inceppare considerevolmente la respirazione e la deglutizione. Era urgente un rimedio.

Si decise per le iniezioni d'ergotina fatte sotto pelle il più vicino possibile alla sostanza del tumore. Adoperò i dischi d'ergotina alla glicerina, sciolti semplicemente nell'acqua: ciascun disco contiene due centigrammi di ergotina. Si cominciò con un disco e si portò progressivamente la dose a sei centigrammi. Le iniezioni si fecero alla temperatura del sangue. Se ne fecero sedici in tutto, le prime quattro quotidianamente le quattro seguenti a due giorni d'intervallo e le altre a distanze più grandi. La cura durò in tutto due mesi. La diminuzione del tumore non tardò guari a manifestarsi ma ciò che vi fu di curioso si è che le iniezioni si praticarono sul lobo destro che era il più voluminoso e il lobo sinistro e centrale si atrofizzarono più rapidamente (1), Come altre particolarità rimarchevoli l'Autore segnala ancora una diminuzione del peso totale del corpo di 14 libbre senza alterazione della salute generale e la scomparsa dei menstrui durante il trattamento.

Il risultato definitivo fu che il lobo sinistro riprese il suo volume normale mentre che i lobi destro e medio non perdettero che la metà delle loro dimensioni morbose. Come fenomeni generali imputabili all' ergotina, cita anche una specie di eccitazione vascolare dopo ciascuna iniezione con congestione e sensibilità della testa. Coghill pensa che l'amministrazione per le vie ipodermiche è preferibile all' ingestione per lo stomaco e crede che in quest'ultimo caso, l' ergotina in contatto coi

(1) Questo fatto fu da noi pure rilevato praticando le injezioni parenchimatose dell' acqua di Salsomaggiore o di tintura di jodio, per la cura del gozzo.

fluidi del tubo digestivo subisce diversa modificazioni che ne alterano le proprietà.

PARONA.

Sulla cura delle pseudartrosi mediante la infissione di chiodetti d'avorio; Breve notizia di ALFREDO BIDDER di Manheim. (*Archiv für klinische Chirurgie*, von Langenbeck Mittheilungen).

Già da più d'un anno (Vedi questo stesso Archivio, vol. 18, pag. 625 e 626) in base ad esperimenti su animali, nei quali avea tolto in esame il modo di diportarsi dei chiodetti d'avorio nelle ossa vive, Bidder avea espresso l'opinione che sarebbe forse assai conveniente l'usufruire i chiodetti d'avorio per l'operazione della pseudartrosi negli uomini, lasciandoli, qualora non irritino troppo fortemente, fino a guarigione ed a permanenza nelle ossa, invece di estrarli di nuovo dopo alcune settimane.

E. Bergmann di Dorpat fece tale proposta per una modificazione dell'operazione di Dieffenbach (1) e con ottimo successo; e l'operazione fu comunicata nel *Petersburger med. Wochenschrifft* (Vedi D. C. Beyher: *Zur Behandlung der Pseudarthrose*, nel detto Giornale 1876 N. 33).

Per l'interesse che ha la cosa e per la poca diffusione che, a detta di Bidder gode in Germania questo giornale di Pietroburgo, egli si fa a riportare brevemente quel caso:

Si tratta di un uomo di 33 anni, il quale 3 anni prima dell'operazione, in seguito a una caduta da una scala, avea riportato una frattura semplice al 3° inferiore della tibia. Malgrado ogni cura non erasi punto ottenuta la consolidazione; e sebbene non si trovasse accorciamento nè deformità di sorta, sebbene la mobilità al luogo della frattura fosse pochissima, tuttavia il paziente era inabile a ben camminare. Seguendo le cautele antisettiche di Lister il 16 febbraio 1876 fu impiantato nell'osso un chiodetto d'avorio e troncato « a livello della superficie dell'osso. » La piccola ferita della pelle si medicò per prima intenzione. Alla rimozione della fasciatura, fatta il 22 marzo, tutto si presentava cicatrizzato. Il chiodetto era saldato dentro; si era formato il callo e dopo qualche

(1) Dieffenbach impiegò per primo nel 1846, il processo dell'impianto di corpi stranieri nelle ossa per due pseudastrosi dell'omero. Egli fece un'incisione fin all'osso che egli perforò con un succhiello del calibro d'una piccola penna d'oca a 2 centimetri dall'estremità di ciascun frammento e introdusse in ciascuno dei due fori un piuolo d'avorio per ridestare la formazione del callo a mezzo dell'irritazione così determinata. Egli lasciò i detti piuoli in posto nell'un caso 13 giorni, nell'altro 4. I due malati guarirono. Questo processo fu seguito da Kloser, Paul, Uhde, Hutton, Erichsen, Fergusson, Geoghegan, Bruns, Stanley, Mackenzie, Bowmann, Langenbeck, ecc., sia con piuoli d'avorio, che di piombo, o d'acciaio. Il metodo fu combattuto da Brainard e da Bèrenger-Fèraud. Gurlt su 30 casi ebbe 15 guarigioni e Bèrenger-Fèraud 21 successi su 40 tentativi. (Il *Rel.*).

tempo il paziente fu dimesso guarito, senza che avesse mai avuto febbre. Perciò il saldarsi dei chiodetti d'avorio dentro nelle ossa è possibile ed anzi molto facile non solo negli animali, ma eziandio nell'uomo, come insegna il caso sopracitato; anzi nell'uomo è forse ancor più senza pericolo che negli animali, perchè in esso coll'impiego del metodo di Lister e colla cura diligente si può impedire qualunque complicazione.

L'asserzione però di Beyher, che il chiodetto venga riassorbito in 13 mesi è affatto infondata, perchè se anche ci fossero osservazioni su animali che deponessero per essa, non si potrebbe trarne deduzioni al caso dell'uomo, riguardo al quale non v'è nessuna prova che la cosa stia come Beyher suppone. E per quanto riguarda gli animali giova avvertire che lo stesso Bergmann (Vedi luogo citato, pag. 611, *Esper.* 6°, e p. 625) lasciò nella tibia di un coniglio per un anno un chiodetto di avorio, dopo il qual tempo lo trovò ancora delle stesse dimensioni, nè punto percettibilmente diminuito; Bergmann conserva ancora quel preparato. Ne è punto noto a Bergmann che avendo altri lasciato più a lungo d'un anno nelle ossa dei chiodetti d'avorio per l'esame di tale circostanza, abbia poi constatato l'assorbimento degli stessi. Bergmann crede di dover dedurre dai suoi più recenti esami che l'assorbimento del chiodetto di qualche rilievo avviene solo per una forte irritazione flogistica mentre esso è macroscopicamente appena osservabile, o manca del tutto quando la reazione del tessuto osseo leso sia solamente lieve e presto cessi.

CAVAGNIS.

Guarigione della pseudartrosi con le iniezioni ammoniacali; pel dottor BOURQUET. (*Gaz. hébd. de méd. et chirur.*).

L'Autore preferiva le soluzioni di ammoniaca (1 p. d'ammoniaca su 3 d'acqua) dapprima vicino all'estremità d'un frammento, poscia all'altro aumentando gradatamente la dose del farmaco portandolo fino a parti eguali col menstruo. In seguito, dopo questa cura circa un mese e mezzo di questa cura usava altre iniezioni con una soluzione di ioduro di potassio iodato. L'arto lo si teneva naturalmente immobile, con un apparecchio al silicato di potassa. Internamente somministrava fosfato di calce. Dopo circa 6 mesi dalla prima iniezione otteneva la guarigione completa, con callo voluminoso.

BOSSI.

Patogenia del ginocchio valgo; di VERNEUIL. (*Bulletin Gen. de Therap.*, 15 novembre 1877).

Nella rivista chirurgica ultima ed in quella del mese di settembre abbiamo tenuto parola delle differenti maniere di curare chirurgicamente il ginocchio valgo, e degli studi fatti dall'Ollier.

Ora noi riferiremo quanto sulla patogenesi di questa malattia disse Verneuil alla Società di chirurgia nell'ottobre 1877, perocchè vale a legare direi quasi ed a completare quanto si è già detto, sull'argomento.

Si è proposto per spiegare la formazione del ginocchio valgo tre teorie che si possono caratterizzare anatomicamente, Esse sono la teoria *legamentosa*, la teoria *muscolare* e la teoria *ossea*.

Le due prime non possono sostenere la critica, l'opposto si è per la terza. In quest'ultima vi è tuttavia a fare una divisione; gli uni ammettono un' ipertrofia del condilo interno del femore, gli altri l' atrofia del condilo esterno; poi per spiegare questa atrofia, vi sono ancora delle suddivisioni. Verneuil pensa che l'ipertrofia del condilo interno è incontestabile in un certo numero dl casi, ma vi sono dei casi nei quali tale ipertrofia ha nulla da fare.

Sembra a Verneuil più soddisfacente la teoria di Ollier e Tripier o la teoria che chiama *Lionese*. Secondo questi chirurghi la cartilagine epifisaria, la cartilagine di congiunzione dell' estremità inferiore del femore si sviluppa inegualmente all' indentro ed all'infuori. Ollier fa nascere a piacimento delle deviazioni ossee irritando delle cartilagini. Ora se si bada che il ginocchio valgo è quasi costantemente un' affezione dell'adolescenza, la teoria di Ollier pare a Verneuil possa essere sostenibile e buona.

Egli non ebbe l'opportunità di verificare ciò che concerne l'accrescimento del condilo interno, ma ha osservato due casi i quali confermano quest'opinione e che d' altra parte ne alimentano l' estensione. Si dice generalmente che il ginocchio valgo non è doloroso, ciò è vero nei casi antichi, ciò falso nei casi acuti.

Racconta Verneuil, di un caso visto due anni fa di una figlia di diciasette mesi che aveva un ginocchio valgo unilaterale. Questa deformità era accompagnata da dolore assai vivo nel camminare. Allorchè egli esplorava il ginocchio in tutti i sensi non provocava alcun dolore palpeggiando la rotella, il femore, ma quando toccava un poco più in basso provocava dei lagni nel malato. Questo punto corrispondeva alla cartilagine epifisaria non del femore ma della tibia. Una volta i dolori furono così vivi, che vi fece applicare delle sanguisughe al livello della cartilagine epifisaria ed il dolore scomparve. L'ammalata conservò per molto tempo una deviazione della gamba, ma ora essa cammina bene e senza sofferenze.

Sembra all' Autore che qui la teoria dell' allungamento del condilo interno non possa essere sostenibile, ma che si ottenga lo stesso risultato aumentando l'altezza della tuberosità interna della tibia.

In un giovane di 16 anni con ginocchio valgo da soli tre mesi trovò come nel caso primo del dolore alla pressione alla cartilagine epifisaria della tibia.

Io penso, dice Verneuil, che questi fatti meritano di essere segnalati giacchè da una parte concordano con la teoria ossea che io credo la migliore e d'altra parte essi spiegano come, in certi casi il condilo interno del femore può non subire la più piccola deformità.

PARONA.

Un caso di piede equino congenito ai piedi guarito collo sgusciamento sottoperiosteo (1) **del tallone**; del dott. L. Verebelyi. (*Pester med. chir. Presse*, 1877, N. 14, e *Centralblatt für die medicinischen Wissenschaft*, Num. 28).

In un ragazzo di 5 anni e 1[2, con piede equino d'ambo i piedi di grado altissimo fu posto a nudo da una parte con un' incisione il tallone, il quale formava l' impedimento principale alla riduzione (dopochè erano mancate d'effetto la tenotomia e la fasciatura ingessata), venne distaccato il periostio ed esportato l'osso conservandone i contorni. Tosto il piede si lasciò ridurre nell'atteggiamento normale, nel quale fu mantenuto con una fasciatura ingessata fenestrata, e più tardi con un apparato conveniente. Dopo la guarigione della ferita fu facile mantenere il piede nella giusta posizione.

Cavagnis.

Lussazione completa sotto-coracoidea dell'omero per contrazione muscolare; del dott. Giuseppe Lapponi. (*Rivista Clinica di Bologna*, 1877, fasc. 10).

Una giovinetta di 15 anni, che alcuni anni avanti aveva sofferto di lenta infiammazione radio-carpica destra ed una successiva non bene definita alla articolazione scapolo-omerale del medesimo lato, nonchè di piaghe scrofolose ad una gamba, non presentava traccie delle malattie pregresse offrendo un regolare sviluppo corporeo e nelle parti ossee specialmente.

La stessa, mentre una mattina del mese di agosto poco dopo essersi alzata dal letto stava seduta presso un armadio non più alto di metri 1,10 ed aveva adagiato orizzontalmente su di esso il proprio braccio destro, tenendo l'antibraccio flesso sul medesimo e la mano penzoloni fuori del piano del mobile, a lato della metà destra del suo torace; sternutiva improvvisamente e con violenza per due volte di seguito, e senza che avesse eseguito altro movimento colla persona al secondo di questi atti veniva assalita da un vivissimo dolore alla articolazione scapolo-omerale destra sentendo il suo braccio a sollevarsi sul piano del mobile e poi ricadervi inerte. Non insorse alcun torpore alla mano od all'arto, rimaneva intatta la mobilità delle dita ma dolorosissimo riescivale ogni tentativo di movimento colla porzione superiore dell'arto offeso.

La parte dolente appariva per altro ben poco deformata, essendone

(1) Lo *sgusciamento* sottoperiosteo delle ossa venne primamente immaginato ed eseguito dal prof. Signoroni e poi messo a nuovo sotto il nome di *svuotamento* delle ossa da Sèdillot, senza che questi neppure si prendesse il disturbo di citare l'Autore Italiano. Veggasi in proposito : Corradi. *Storia dei progressi della Chirurgia Italiana, ecc.*, pag. 313, 314 e le classiche Osservazioni patologiche e terapeutiche sopra alcune malattie delle ossa dell' illustre discepolo e degno continuatore dell'opera di Signoroni, il chiarissimo prof. Angelo Minich da Venezia, pag. 73. C.

la palpazione discretamente tollerata; la cavità glenoidea era vuota e portando le dita nella cavità ascellare sentivasi all'interno, dietro la parete ascellare anteriore e sotto l'apofisi coracoide, il capo dell'omero.

Si trattava quindi di completa lussazione sotto-coracoidea dell'omero e la riduzione venne facilmente raggiunta dal dott. Alvi estendendo l'antibraccio e ruotando l'arto verso l'esterno, mentre l'Autore colle mani applicate alla testa dell'omero, riconduceva mediante leggerissima pressione, il capo dell'osso nella sua cavità articolare.

Un tal fatto, come giustamente osserva il dott. Lapponi, riesce sotto molti punti di vista interessante. Desso infatti oltre confermare la possibilità di uno spostamento dell'omero in seguito a sola contrazione muscolare, dimostra che può succedere in modo completo; ne gli sembra che ciò possa avvenire per la contrazione del solo deltoide, che si esigerebbe che l'omero fosse posto a leva, e quindi col proprio asse obbliquo a quello del corpo e con leggera inclinazione verso l'estremità superiore di quest'ultimo, altrimenti le due superfici articolari non sarebbero che fra loro avvicinate anzichè spostate. Piuttosto suppone, che siavi stata una esagerata contrazione del gran pettorale, assecondata forse da qualche movimento inavvertito della persona; la contrazione del deltoide invece sarebbe successa dopo, quando la ragazza sentì sollevarsi il braccio, ed avrà contribuito allo spostamento.

Sc.

Caso di lussazione traumatica femore-iliaca; del dott. Picco Antonio Francesco. (*Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, 1877, N. 9).

Trattasi d'un contadino, che trovandosi seduto su di un carro tirato da buoi, nel risvolto d'una via, standosene assiso colle estremità penzoloni venne colto strettamente fra il veicolo ed il muro. Abbassava tosto il povero contadino le estremità inferiori per discendere a terra, ma non riuscendogli, ed essendosi volto col lato destro verso il muro per dirigere i buoi dall'altra parte, e questi facendo l'opposto, la coscia destra in leggiera flessione ed adduzione veniva violentemente compressa, trascinata tra carro e muro, ed urtata con rotazione all'interno, producendosi una lussazione femoro-iliaca sinistra.

All'esame, l'Autore, constatava tale lussazione, compiuta a segno, che il capo del femore era tutto intero scivolato fuori della cavità cotiloidea sino a distanza d'un buon centimetro e mezzo dal ciglio del cotile; la massa muscolare, particolarmente dei glutei e degli adduttori della coscia lussata, era dolentissima ed in permanente contrazione più forte del consueto in tali lussazioni.

Ciò malgrado, l'Autore credette bene tentarne la riduzione.

Portata la coscia, non senza difficoltà, al richiesto stato di flessione, e fatta quindi, nei modi e colle cautele prescritte dall'arte, eseguire da due robusti ed intelligenti uomini la estensione, e da altri due la controestensione per avere al caso una potenza attiva di 250 chilogrammi

con equivalente resistenza controestensiva, non potendo ottenere l'avanzamento riduttivo del capo del femore, se non che fin contro al ciglio cotiloideo, e facendo vani sforzi per riportare quello, in cavità, assicuratosi prima, per quanto poteva meglio, che non esistesse frammento di tessuto od orlo rovesciato della capsula legamentosa lacerata ostacolante, inoltrò il suo avambraccio destro, piegato ad angolo retto sul braccio, sotto il femore lussato presso il di lui collo, ponendo ad un tempo il pollice della mano sinistra sull' apice del capo femorale. Così in coefficienza alla estensione e controestensione graduale elevando con forza il capo del femore e premendo in modo adatto a sormontare il ciglio del cotile riuscì ad ottenere compiuta la riduzionee coattazione.

Conclude dicendo, che questo fatto non collimerebbe cogli esposti clinici dell'esimio dottor H. Monis, (1) cioè che:

« Ogni lussazione del femore, non complicata da frattura, avviene mentre la coscia è in abduzione;

Il ciglio del cotile per sè stesso non oppone alcuna resistenza alla riduzione;

Le lussazioni dorsali dirette, e quelle che si è detto venire nell' adduzione, sono sempre il risultato di grandissima violenza, ed *associate a frattura* del *cotile* o del *capo del femore*, o di *ambedue.* »

Bossi.

Ulteriori studi clinici intorno alle amputazioni sopra e sotto-periostee ed intorno all'emostasia naturale e definitiva al periodo anemico, col mezzo del rialzamento dell'arto e della pressione a bendaggio; grandi e piccole amputazioni sotto-periostee negli adulti; del professor Houzé de l'Aulnoit. (*Gazz. Méd.*, 1877, N. 36).

È questo il titolo di una comunicazione che il prof. Houzè de l'Aulnoit faceva al Congresso dell'Havre colla quale facendo seguito ad altre letture fatte negli anni 1871-72-73 alla Società delle scienze di Lille, all'Accademia di Medicina ed alla Società di chirurgia, insiste sui vantaggi dello speciale processo di amputazione da lui richiamato in vigore. (*Studii storici e clinici sulle amputazioni sotto-periostee e della loro cura mediante la immobilizzazione dell'arto e del moncone*, Paris 1873. « Rivista di Med. di Chir. e di Terap., » 1874, v. 1°, pag. 270), ed i cui risultati favorevoli specialmente nei ragazzi e comunicati in allora al congresso di Lille facevano desiderare ad Ollier che potessero venire dimostrati uguali negli adulti. Ma prima di mettersi all'opera, per appagare un tale desiderio, credette dovere rimediare agli inconvenienti della ischemia ottenuta mediante la fasciatura elastica ed intorno al quale argomento erasi intrattenuto nel 1875 al Congresso di Nantes ivi esponendo i principii onde regolare la fasciatura in base alla tensione delle

(1) Memoria letta nella seduta del 13 di febbrajo 1877 alla *Royal Medical and Chirurgical Society.*

bende; d'allora potè esperimentare il valore delle grandi e piccole amputazioni sotto-periostee negli adulti e l'importanza dell'innalzamento dell'arto quale mezzo emostatico, potendone conchiudere che i vantaggi non sono minori per gli adulti.

La cifra degli amputati dal prof. Houzé de l'Aulnoit sarebbe di 28, dei quali 11 ragazzi e 17 adulti e porge la seguente statistica; nei primi: Amputazione di coscia 7, del braccio 2, della gamba 2; negli altri: Amputazione di coscia 2, del braccio 2, dell'avambraccio 2, delle dita 11. Fra questi furonvi quattro soli decessi, 2 per amputazione di coscia in adulti, 1 per uguale operazione, ed un altro per amputazione di gamba, in ragazzi.

A questo riguardo possiamo soggiungere i dati seguenti: Uno di amputazione di coscia eseguita dal dott. Parona « (Riv. di Med. di Chir. e di Terap., » 1874, v. 1°), e nel quale essendo l'operazione primaria per frattura comminutiva l'esito fu letale, ma ove sebbene la morte avvenisse al giorno susseguente pure il lembo periosteo si era esattamente agglutinato al moncone osseo. Da noi pure veniva il metodo di Houzé de l'Aulnoit esperimentato in due adulti l'uno colla amputazione di coscia, l'altro di gamba e l'esito ne fu fortunato. (*Processo speciale per l'amputazione sotto-periostea della gamba e della coscia.* « Commentarii di Med. e di Chir. » 1874, ed « Ann. Univ. di Med. » 1875, v. 251). Altra amputazione di coscia con simile processo vedemmo eseguita in questo Civico Spedale di Pavia, dall'amico e collega nostro il dott. G. Flarer, su di un ragazzo affetto da gonartrocace, e nel quale successa la morte al quarto giorno, per pioemia in corso, si trovò del pari che il lembo periosteo aveva fatta completa adesione al moncone osseo.

Ma oltre che lo scopo di fare risaltare i vantaggi del processo speciale di amputazione, la comunicazione del dott. Houzé ne ebbe un altro di confermare cioè il valore dell'innalzamento delle membra per arrestare le gravi emorragie. Già nel mese di dicembre 1876 egli annunciava la cosa alla Società di chirurgia appoggiandola a tre amputazioni di dita eseguite sul medesimo individuo, un giovane di 25 anni, non che ad una di gamba in un ragazzo di 4 anni, ora a conferma di tali risultati ripeteva la prova in un adulto di 43 anni, cui amputava l'avambraccio ed ove le arterie non erano state nè legate, nè ritorte, nè compresse colla forcipressura. In questo caso non appena terminata l'amputazione il lembo venne portato al davanti all'osso e la medicatura, con sutura, listerelle, ovatta e fascie era completa alloraquando venne levato lo strettoio. In questo momento l'arto era completamente rialzato, l'impulsione sanguigna colorava la pelle con una tinta bleuastra durante cinque o sei minuti secondi poscia riprendeva la tinta normale; ma senza che in allora ed in seguito ne uscisse una sola goccia di sangue.

Sc.

Disarticolazione del cotile; del dott. Le Dentu. (*Gaz. Méd.*, 1877, Num. 42).

Una donna di 50 anni, aveva incominciato a soffrire da quattro anni e mezzo un vivo dolore al condilo interno del femore, cui, senza che mai facesse sosta, indi a tre anni, si associava una tumefazione che prese repentinamente proporzioni considerevoli. Nell'ottobre 1877 Le Dentu constatava un tumore voluminoso ricoperto dalla pelle solcata da vene varicose. La circonferenza era di 75 centimetri, la coscia nel complesso più voluminosa dell'altra e seguendo col tatto il femore si sentiva un punto ove la tumefazione profonda si arrestava nettamente. Lo stato generaale della paziente non era gran che deperito, sebbene la donna fosse alquanto dimagrita, i visceri interni risultavano sani e non eravi dubbio di successa infezione generale.

Ritenuto trattarsi di encondroma e dopo essersi lasciata la donna in riposo per dieci giorni, Le Dentu praticava, previa la fasciatura emostatica compressiva, la disarticolazione del cotile seguendo il processo a due lembi, l'uno anteriore l'altro posteriore. Non fuvvi quasi emorragia, cionullameno a metà circa dell'operazione la ammalata presentò una marcatissima depressione, ed occorsero gli stimolanti e la flagellazione per farla rinvenire e compiere l'operazione. Per essa l'operatore seguiva il metodo di Lister, ma evava dovuto sospendere per un istante la polverizzazione perocchè il moncone erasi fatto freddissimo. Applicaronsi tre punti di sutura profonda e dei tubi a drenaggio, l'uno dei quali lungo il vuoto lasciato posteriormente dal gran trocantere.

L'operata moriva 26 ore dopo l'operazione e probabilmente pel trauma da questa, perocchè la perdita del sangue era stata insignificante.

Sc.

Dell'intervento chirurgico nelle lussazioni complicate del collo del piede; pel dott. Poinsot. (*Revue mensuelle*, dicembre 1877).

Sotto il nome di lussazioni del collo del piede Poinsot riunisce le lussazioni tibio-tarsee, e le astragaliche che divide con M. Broca in lussazioni sotto-astragalee e lussazioni totali dell'astragalo appoggiandosi, per spiegare questo ravvicinamento, alla similitudine delle cause di queste lussazioni, all'analogia dei disordini e delle complicazioni che ne risultano. Aggiungere si deve che le variazioni della terapia chirurgica, le quali hanno nei due casi subita la stessa alternativa sono eziandio un nuovo punto di contatto. Nella prima parte del suo lavoro, M. Poinsot, fa la storia di queste variazioni e narra come da Ippocrate fino ai nostri giorni i chirurghi ondeggiarono dall'aspettazione assoluta all'intervento esagerato, come l'amputazione fosse stata talvolta celebrata, tal'altra dimenticata, e la resezione fosse stata causa di divergenze e per ultimo come la conservazione razionale e metodica tenda ad imporsi sempre più nella pratica comune.

La seconda parte è dedicata all'esposizione di 28 fatti di lussazione tibio-tarsica, e di cinque casi di lussazione dell'astragalo; queste osser-

vazioni, riassumono la pratica dei chirurghi dell'Ospedale S. Andrea di Bordeaux in questi ultimi anni. Questa statistica personale dà a Poinsot i risultati seguenti:

Per la *riduzione* la proporzione delle guarigioni è del 81,3 per 100
Per la *resezione* immediata . . . . . 75 per 100
Per l'*amputazione* immediata . . . . 33 per 100

Da ciò l'Autore conclude che l'amputazione immediata deve essere assolutamente abbandonata, che la riduzione e la resezione sono i soli metodi di trattamento da impiegarsi nelle lussazioni complicate del collo del piede e che dal punto di vista del successo essi possono essere messi allo stesso livello.

Lo studio statistico delle osservazioni anteriormente pubblicate condusse M. Poinsot alle identiche conclusioni. L'Autore ha riassunto 42 casi di lussazioni tibio-tarsiche trattate colla riduzione ed 81 nelle quali si fece la resezione. La proporzione delle guarigioni è del 85,4 per 100 nella prima serie; la mortalità non è che del 15,7 per 100 nella seconda. Quanto all'amputazione la mancanza dei fatti non permette di stabilire delle proporzioni numeriche; ma, basta, dice l'Autore, consultare la tradizione dei chirurghi per restar convinti che giammai questa operazione non sarà per dare l'85 per 100 di guarigioni.

A questi tre modi di cura s'aggiunge nei casi di lussazione astragalica un quarto metodo: l'aspettazione pura. In base ai fatti raccolti Poinsot pensa che una superiorità incontestabile spetta alla riduzione, tanto che la lussazione è sotto astragalica che totale, sia o no accompagnata da ferita. Ma la riduzione fallisce sovente; ed allora conviene aspettare o fare l'estirpazione? La superiorità dell'aspettazione è marcatissima nelle lussazioni totali senza ferita, ed essa è ancora da preferirsi in altra varietà di spostamenti, ma in proporzioni notevolmente minori.

Dal punto di vista della vita o della morte la conservazione ha dunque sopra l'amputazione una preminenza incontestabile. Ma il membro conservato non è egli più sovente nocivo che utile. La lunghezza della cura non deve essa essere presa in considerazione quando si tratta di ammalati senza risorse, e che nutrono la loro famiglia col lavoro?

Per quanto riflette l'utilità del membro offeso, Poinsot prova con cifre alla mano, che si è troppo dipinto in nero il quadro e che nella maggioranza dei casi gli ammalati trattati colla riduzione o colla resezione conservano il libero uso della loro gamba. Sulla lunghezza della cura Poinsot fa rimarcare che la durata media del trattamento per la riduzione come per la resezione non sorpassa guari i sei mesi e mezzo; e che se la cicatrizzazione è più rapida nell'amputazione, bisogna tener calcolo del tempo che l'operato impiega ad abituarsi ad appoggiare sul moncone. D'altra parte senza parlare dei danni che espone l'operazione puossi seriamente mettere in bilancia, la situazione d'un operajo che ha

conservato la sua gamba anche a prezzo di una permanenza a letto di mesi e quella di un amputato privato di una parte e ridotto così ad un'incapacità più o meno grande nell'esercizio del suo mestiere?

PARONA.

Studio sulla spina ventosa con osservazioni raccolte all'Ospedale di S. Eugenia; del dott. EDOARDO GOETZ (Pag. 118, Paris 1877).

È questo un lavoro assai ben disposto ed istruttivo fatto collo studio di 36 casi originali. L'Autore dà un estesa bibliografia sull'argomento e dalle sue indagini viene alle seguenti conclusioni:

1.° La parola spina ventosa deve essere usata soltanto come nome di una malattia, che, come fu descritta, si manifesta nelle ossa lunghe del piede e mano dei ragazzi scrofolosi.

2.° Le alterazioni anatomiche della spina ventosa, in tal modo definita, è un osteomielite cronica, il male si manifesta primitivamente nel tessuto midollare (degenerazione fungosa); nel tessuto osseo è secondaria, e le alterazioni nel periostio (periostite cronica) è una conseguenza delle due precedenti alterazioni.

3.° La spina ventosa è un affezione puramente del corpo dell' osso essendovi molto sovente nessuna lesione delle epifisi o delle superfici articolari.

4.° La scrofola in tutti i suoi gradi è una delle cause della spina ventosa. Le cause immediate della malattia sono oscure.

5.° Nello sviluppo delle spine ventose vi sono due periodi, il primo di ulcerazioni indolenti senza alcuna alterazione della pelle, il secondo di ulcerazione della pelle seguita dall'uscita di sostanze fungose dal canal midollare.

6.° La diagnosi della spina ventosa deve essere fatto tra essa ed i geloni, la dactilite strumosa o sifilitica, l'encondroma delle dita, l'esostosi ed il tumor bianco delle articolazioni dei metacarpi e delle falangi.

7.° La guarigione e la terminazione più frequente della spina ventosa. Talvolta però l'osso ammalato diventa necrotico ed allora le alterazioni si estendono alle parti vicine.

8.° In ogni caso il trattamento medico deve essere provato e continuato per molto tempo. L'esportazione delle dita deve soltanto essere proposta come ultima risorsa, e dopo che si fecero tentativi di conservazione con resezione sotto-periostea dell'osso ammalato.

PARONA.

Considerazioni sulla temperatura nel tetano; per THOMAS. (*Thèse de Paris*, 1876 e *Revue mensuelle*, dicembre 1877).

L'innalzamento della temperatura nel tetano è un fatto ordinario ma non assolutamente costante. Le spiegazioni che si sono date su questo fatto sono numerose, ma nessuna può essere considerata come una soluzione definitiva il che probabilmente dipende dal non essersi sufficientemente studiati i caratteri di questo fenomeno nei differenti periodi del tetano.

L'ipotesi più generalmente ammessa è quella, che spiega questo eccesso di calore, dall' intensità e generalità delle contrazioni. Quest' ipotesi si appoggia sulle esperienze di Ziemssen e di Béclard le quali stabiliscono che i muscoli in contrazione tonica producono più di calore che i muscoli in contrazione clonica. Le osservazioni di Charcot sulla temperatura nelle malattie a convulsioni cloniche, paralisi agitante, corea, e nelle malattie a convulsioni toniche, epilessia, tetano, sono ugualmente favorevoli a quest'opinione.

Altri autori hanno attribuito l' elevazione della temperatura del tetano all' alterazione del sangue consecutiva all' esagerazione funzionale dei muscoli, all' irritazione del midollo spinale e sopratutto della sua parte superiore, ad un grado più o meno pronunciato di mielite, all'eccitazione d'un focolajo regolatore del calore animale arbitrariamente posto nel bulbo. M. Verneuil avendo osservato in due casi delle lesioni polmonali assai estese, bronchite intensa, congestione polmonare generalizzata, punti estesi di vera polmonite a pensato di spiegare con queste alterazioni acute, l'elevazione talvolta così brusca della fine.

Thomas ha raccolto 14 osservazioni di tetano de' quali otto seguiti da morte. In questi otto casi, distinti per una notevole elevazione della temperatura *in extremis*, trovò 6 volte delle lesioni polmonari. Adottando l' ipotesi di Verneuil, egli ammette che queste lesioni polmonari congestione intensa, ecchimosi sotto pleurali, piccoli focolai emorragici disseminati, spiegano l'alta temperatura. Tuttavia termina dicendo che nello stato attuale della scienza è impossibile di assegnare una causa unica all'elevazione della temperatura presso i tetanici.

PARONA.

Altri quattro casi di antrace interno; del dott. E. MASING. (*Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, N 41).

L'Autore in base ai casi più recenti osservati di antrace avea conchiuso, che come sintomi specialmente caratteristici accennano alla diagnosi dell'antrace interno la diarrea senza vomito, l' immunità degli organi della respirazione, e lo stato libero del sensorio.

Il primo dei casi ora comunicati si distinse invece per vomito violento; e la sezione dimostrò una pustola maligna nello stomaco e parecchie nel duodeno e nell' ileo.

Il secondo paziente venne nell' Ospedale in un profondo coma e vi morì appena dopo due ore. All'autopsia si trovò l'intestino dal piloro fino alla valvola ileo-cecale disseminato di pustole caratteristiche d' antrace, nel cervello eravi infiltrazione diffusa emorragica dell'aracnoide con numerose emorragie puntiformi nella sostanza dello stesso.

Nel terzo caso il sintomo clinico più saliente era nna enorme dispnea, l' infezione avea la sua sede principale nelle glandole follicolari della trachea e dei bronchi.

Il quarto caso finalmente venne a guarigione dopo la escisione generosa della pustola primaria alla guancia.

Si erano in tutti quattro i casi trovati i bacterii proprii dell'antrace nel sangue e specialmente nel trasudato della pleura e nel cavo peritoneale.

Nel quarto caso la presenza di detti bacterii nella corona della vescichetta della pustola avea reso possibile la diagnosi e tosto indicata anche una terapia efficace.

CAVAGNIS.

Trattamento razionale delle piaghe. Metodo d'aereazione. Rapporto della Commissione speciale per la Cura delle piaghe, fatto alla Società di chirurgia di Mosca.

Questo opuscolo è un estratto delle deliberazioni dell'accennata Società, ed è una contribuzione al soggetto, molto elaborata ed opportuna. Dopo un esame accuratissimo e completo degli argomenti *pro* e *contro* e dei risultati ottenuti cogli altri metodi di cura, inchiusa la « medicazione di Lister », la Società ha unanimemente raccomandato un metodo di cura delle ferite, diametralmente opposto nel fondamento a quello di Lister.

La polverizzazione co' suoi risultati sono accuratamente discussi, ed è allegata l'opinione di Billroth che l'uso o non della polverizzazione non porta alcuna differenza nella rapidità della putrefazione, mentre essa è cagione di grandi inconvenienti e che tendono a *produrre* un'immensa effusione di siero della ferita.

Dopo qualche considerazione sullo strano enigma, che il genio di West non fu abile a sciogliere, implicato nei risultati egualmente soddisfacenti ottenuti col metodo di cura di Burow Rose in cui le ferite sono lasciate affetto scoperte, e quello di Lister, in cui sono tanto accuratamente riparate, gli scienziati russi ne trovarono la spiegazione nella teoria che la medicazione di Lister è la meno riprensibile di tutte le medicazioni riprensibili.

Il progetto dei Russi non è nuovo, nè strano: legature di catgut, suture metalliche, alcune profonde, altre superficiali, drenaggio il più libero possibile, apparecchi gessati, pesi e puleggie per sostenere i lembi nei casi d'amputazione, e medicazione di nessuna specie.

Le ferite granulanti sono lasciate liberamente esposte all'aria e semplicemente protette dal contatto delle coperte con una gabbia di fil di ferro.

L'opuscolo è interessante, ben scritto, ed è una buona illustrazione della verità troppo spesso dimenticata, che le ferite tendono naturalmente a cicatrizzarsi se ne hanno l'opportunità, e che il successo dipende meno che non si pensi dai metodi di medicazione; ma se una ferita è ben sgorgata, libera da ogni tensione e tenuta in riposo, procederà bene qualunque sia la medicazione che vi si applichi o non ve se ne applichi alcuna.

PARONA.

La cura chirurgica delle ferite; del prof. Neürdorfer. (*Giornale di Méd. Militare*, maggio 1877).

Anche in Germania il metodo di medicare del Lister, dapprima accolto con diffidenza, poi da alcuni seguito con entusiasmo tra i quali tuttodì si annoverano il Simon, il Volkamann; trova ora dei censori parimenti autorevoli e tra questi vanno ricordati l'Heyfelder ed il Neüdorfer. Di quest'ultimo ci piace riportare le conclusioni del sovra menzionato lavoro, siccome assai persuasive secondo il nostro modo di vedere.

1.° La relazione causale fra i batterii e la putrefazione non si può attualmente precisare. È probabile che nella maggior parte dei casi i batterii siano una concomitanza ed anche una conseguenza della decomposizione organica, benchè possano in qualche occasione essere vera causa di questa. La pluralità di questi esseri microscopici devono essere considerati come inoffensivi e soltanto alcuni di essi sono origine d'infezione; e deve principalmente considerarsi come certa quest'asserzione generale, rispetto ai batterii dell'aria asciutta, che assai di rado sono corpi infettanti.

2.° I danni che l'aria cagiona alle ferite, e l'irritazione che vi produce non possono attribuirsi (almeno in modo definitivo) ai batterii sospesi in essa e pertanto non è necessario di difendere le ferite contro questi esseri generalmente inoffensivi.

3.° La teoria di Lister sulla suppurazione e decomposizione manca di fondamento, giacchè non lascia d'essere una ipotesi senza base da cui non si possono dedurre conseguenze definitive.

4.° Gli albuminati solubili di animali in genere come il sangue, il sudore, la linfa sono di composizione chimica tanto instabile che solo si conservano inalterati in quanto circolano o soggiornano in istato di salute nei loro vasi; però quando per qualsiasi accidente vi ha travenamento o malattia, si verifica in essi un cangiamento molecolare, alterazione o decomposizione de'suoi elementi chimici.

5.° Si debbono considerare come fermenti e cause di decomposizione per contatto: *a* tutti gli albuminati alterati d'origine animale; perchè hanno la proprietà di partecipare la loro alterazione agli altri albuminati puri, *b* gli albuminati alterati d'origine vegetale, come il cotone, il lino e gli altri materiali da fasciature, *c* l'acqua anche distillata che sia stata in contatto con albuminati alterati per la qual causa si opera in essa pure la decomposizione. Si può ammettere che la facilità d'alterazione d'un albuminato cresce a misura della sua diluzione in maggior quantità d'acqua e diminuisce quando v'ha minor quantità di questo liquido: di modo che la chiara d'uovo solida e secca è quasi incorrutibile ed inalterabile, *d* cause puramente meccaniche come urto, colpo o scossa producono alterazione negli albuminati, *e* influenze dinamiche, come il dolore, l'eccitazione dell'animo possono dar luogo alla decomposizione degli albuminati.

6.° Come prima condizione per una buona cura, fa d'uopo badare ad impedire la degenerazione dei liquidi della ferita, procurando di allontanare tutte le cause d'alterazione indicate nel precedente paragrafo. Se questo si ottiene il ristabilimento della salute viene da sè, ed in ciò consiste il segreto della chirurgia.

7.° La fasciatura conosciuta col nome di antisettica di Lister possiede realmente la proprietà di attenuare le cause dei danni riferiti e nella pluralità de'casi da risultati favorevoli.

8.° È un errore l'attribuire l'influsso malefico sulle ferite soltanto ai batterii vaganti nell'atmosfera da cui risulta una serie di conseguenze esse pur false. Lister procura o di nettar l'aria dai batterii, o d'impedirne la penetrazione nelle ferite e crede che se per incuria se ne introduce alcuno, compromette l'esito della cura; risultando da quest'idea a parer suo, la necessaria complicazione della fasciatura di Lister coll'aggiungere anche un altro involucro di seta protettrice sul velo antisettico o qualsiasi accessorio altrettanto inoffensivo; ne sarebbe d'altronde meno buona, se si sopprimesse taluna di queste tre cose la *nebbia fenica*, la *seta protettrice*, il *makintosh* o le tre insieme.

9.° L'essenza d'una buona fasciatura antisetttica consiste: *a*) nell'allontanare dalla ferita tutti i riferiti influssi nocivi nel procurare la nettezza delle mani e degli strumenti che dovranno toccarla; col sottrarla all'azione dell'acqua; nella poca frequenza del cambio di fascie, nonchè nel tatto e nell'accuratezza della manipolazione. *b*) Nell'adoperare medicamenti che posseggono le proprietà di mantenere e consolidare l'affinità primitiva degli albuminati neutralizzando certe azioni nocive inevitabili.

10.° L'acido fenico è una sostanza combinabile cogli albuminosi che dà per risultanza un nuovo albuminato meno alterabile, e neutralizza le cause esteriori di perturbazione chimica.

11.° La proprietà antisettica dell'acido fenico, la maniera dell'applicazione e delle sue dosi convenienti furono fatte conoscere da G. Lemaire nel 1861 che a quell'epoca espose la teoria della suppurazione e decomposizione conosciuta col nome di Lister, come pure l'idea della nebbia fenica, del *makintosh*, e quella di scansar l'irritazione prodotta dallo stesso acido fenico.

12.° La fasciatura veramente antisettica si può applicare sul campo di battaglia, cioè negli spedali da campo, ne' casi di pratica clinica e pei poveri, altrettanto facilmente quanto negli spedali ordinarii ottenendosi negli uni e negli altri siti risultati egualmente buoni.

13.° La pietra di paragone d'un buon antisettico sta nell'esaminare se nella maggior parte delle ferite recenti produce la riunione per prima intenzione, cioè senza suppurazione. L'esito favorevole d'una ferita nulla prova riguardo ad un metodo determinato; giacchè s'arriva ad ottenerlo con tutti i metodi praticati.

14.o Non si conosce oggidì ualcn antisettico più intenso dell'acido fenico; vi sono bensì medicamenti che per questa qualità gli si avvicinano. Tali sono l'acido salicilico, benzoico, borico ed altri; lo zucchero, l'alcool, il vino, la canfora, la corteccia di china, i'idrato di cloralio; che possono prestar buoni servizi e devono considerarsi come elementi del tesoro di risorse chirurgiche.

15.° L'acido fenico ha inoltre la qualità di servire con buon esito per le injezioni cutanee; per curar la risipola e la fermentazione pirogena nel suo periodo iniziale: proprietà estranee agli altri àntisettici o che per lo meno esistono in essi solo in grado assai minore. Finalmente l'acido fenico presenta la particolarità di provocare contrazione nei nervi vaso-motori nella regione ammalata.

16.° La cura all'aria libera non può competere coll'antisettica, perchè la possibilità della sua applicazione è molto ridotta, oltrecchè con essa non si ottiene mai una guarigione per prima intenzione.

La durata della lesione col primo metodo è più lunga relativamente e se non si adoperano altri mezzi v'ha deficienza nella cicatrizzazione.

In cambio di questi svantaggi questo trattamento è eccellente pei casi di amputazione sul campo di battaglia e negli spedali perchè non dà mai luogo alla pioemia e setticemia.

Il processo curativo mediante la ventilazione viene ad essere soltanto una modificazione della cura delle ferite allo scoperto.

17.° Il metodo di Giulio Guerin, ossia dell'aspirazione, ha solo un valore storico, però non pratico; conta più seguaci la fasciatura ovattata di Alfonso Guerin benchè non impedisca la suppurazione ne le infermità accidentali e non abbia la pretensione di essere veramente antisettica.

18.° Le qualità antiputride dello zucchero, come possiamo osservare quotidianamente nella frutta conservate in dolce meritano d'essere tenute in conto pel trattamento delle ferite avendomi dato buoni risultati i miei tentativi collo sciroppo semplice e con quello fenicato.

19.0 Le corde di minugia impiegate da chirurghi pratici, sono deliquescenti ed arrivano persino a sciogliersi; se si macerano nell'olio perdono alcun poco la prima qualità; però trattate coll'acido fenico subiscono una certa disgregazione molecolare che le fa solubili ne' liquidi dei tessuti ed in apparenza vi ha una soluzione diretta fra questa disgregazione preliminare della solubilità e la quantità d'acido fenico adoperato nella preparazione.

20.° S'impiegano per legature d'arterie tanto le minugie semplicemente rammorbidite, quanto quelle preparate da Lister coll'olio fenicato (coll'aggiunta d'alcune goccie d'acqua), l'una e l'altra specie è insolubile nello spazio di tempo in cui è tenuta a contatto coi liquidi dei tessuti. La durata necessaria perchè ciò si verifichi è molto variabile e costituisce tuttora un oggetto di studio.

In ogni caso siffatte legature non sono che provvisorie con tutte le fasciature e gli inconvenieti di questa qualità.

21.° La minugia raggiunge le due condizioni per stringere un' arteria mediante l'allacciatura, il corso del sangue colla formazione progressiva e l'organizzazione del trombo prodotto dall'appiattimento delle pareti dell'arteria nel punto stretto del laccio, e la formazione di nuovi tessuti d' unione provocata dall' irritazione dell' avventizia scoperta.

In questa classe d'allacciature è tanto impossibile la conversione della minugia in nuovi tessuti quanto quella del filo d'argento; anche con quest' ultimo si vede nuova formazione di tessuto nel sito dell'arteria.

22.° Già da gran tempo si pratica l'operazione di tagliar la legatura molto vicino all'osso; si fa lo stesso tanto con quella fatta di minugia che colla metallica o qualsiasi specie di cordoncino. Tutti i vantaggi essenziali che Lister pretende ottenere coll' allacciatura mediante la minugia si ottengono del pari con buona seta, e se si eseguisce accuratamente non s' impedisce la riunione per prima intenzione.

PARONA.

Processo particolare per la cura degli ascessi ossifluenti esterni voluminosi col metodo dei caustici; del dott. FOURESTIÈ. (*Tesi di Parigi*, A. Delahaye, 1876).

L'Autore chiama col nome di ascessi ossifluenti esterni quelli che generansi sotto i tegumenti ed in luogo più o meno lontano dalla loro origine senza attraversare nè il petto nè l'addome; tali sono gli ascessi derivanti dalla lesione delle coste, del gran trocantere, ecc. Onde aprirli torna al metodo antico del caustico.

Applica sull'ascesso una rotella di pasta di Vienna, il cui diametro sii inferiore di 1 a 2 centimetri a quello dell'ascesso. L'escara una volta prodotta viene abbandonata a sè stessa; la eliminazione e la uscita del pus non è favorito nè dalla pressione, nè da nuova applicazione di caustico.

Nel tempo stesso, che l'escara si distacca, il solco si riempie di bottoni carnei; il pus se non è assorbito in totalità, si fa strada sui margini scolando lentamente, e quando l'escara cade, resta una cavità diminuita di tre quarti, un focolaio vuoto e una superficie in via di cicatrizzazione. È allora, se il punto osseo leso non è troppo lontano, che puossi con delle applicazioni di pasta del Canquoin, cauterizzare i tragitti fistolosi e modificare il tessuto generatore del pus.

L' Autore cita 7 osservazioni di cui 2 però con esito infausto.

BOSSI.

Sopra la così detta suppurazione bleu; del dott. GIRARD. (*Deutsche Zeitscrift für Chirurgie*. VII, pag. 389. — *Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, 1877, N. 28. — *Ueber die sogenaunte Plane Eiterung*).

In base ad esami chimici e clinici molto accurati, dichiara l' Autore

che la suppurazione bleu o verde, per la quale propose il nome di *Cianocrosi nosocomiale*, è un processo epidemico-contagioso, consistente in ciò, che, sotto l'azione d'un particolare contagio, nei pezzi di medicazione, impregnati di liquidi albuminosi, si sviluppa una sostanza specifica colorata in bleu, chimicamente molto bene caratterizzata, indipendente totalmente nella sua origine dalla materia colorante della bile e del sangne.

Da questa sostanza, che è la *Piocianina*, si sviluppa per uno spontaneo cangiamento nei pezzi di medicazione una seconda sostanza, di color giallo, la *Pioxantosi*, la quale colle sue varie miscele è la causa delle diverse gradazioni di colore (celeste-indigo, rosso-rosa, verde-oscuro) della marcia. Oltreaciò sviluppasi nel medesimo tempo una sostanza odorosa, che sta preferibilmente attaccata alla *Pioxantosi*.

La potenza del contagio starebbe in relazione coll'esistenza degli organismi viventi inferiori, i quali si trovano sempre in grande copia nelle dette pezze di fasciatura: e così la congettura che essi costituiscano il contagio ne resterebbe, secondo l'Autore, avvalorata.

La verosimiglianza diventerebbe poi per lui quasi certezza, dopochè fu provato, che la glicerina, la quale rende inattivi i fermenti viventi ed è perciò uno dei mezzi più potenti per la distruzione degli organismi inferiori, toglie anche ogni efficacia al contagio in discorso.

Non si conosce alcun carattere che valga a differenziare tali organismi gli uni dagli altri, i quali perciò si lasciano ben poco distinguere, anche a motivo del loro colore, che è per tutti molto somigliante.

CAVAGNIS.

Influenza della corrente continua nella suppurazione e cicatrizzazione delle piaghe; di ONIMUS. (*Soc. de biol.*, 17 fevrier 1877, N. 9, *Revue des Sciences Medicales*, N. 20, 15 octobre 1877).

La corrente discendente accresce la suppurazione nel tempo istesso però che i fenomeni di nutrizione s' invigoriscono e i bottoni carnei si formano in grande abbondanze e con grande rapidità.

Con la corrente ascendente la suppurazione diminuisce rapidamente.

Nelle ulceri atoniche, in quelle che dipendono da varici, d' accidenti locali, si devono usare correnti leggerissime e che durino qualche ora. Si metta il polo positivo al disotto dell'ulcera e il polo negativo al disopra: le placche si lascino applicate per 5 o 6 ore e si ripeta ciò tutti i giorni.

Quando le piaghe od ulceri dipendono da alterazione nervosa e son difficili a guarire, si ponno impiegare correnti più intense, ma di minor durata.

Infine, secondo gli effetti che si vogliono ottenere, si impiegheranno le correnti ascendenti e discendenti, ma nei primi giorni è meglio usare una corrente discendente, poi cangiar la direzione della corrente, e innanzi tutto porre il polo positivo sulla piaga.

BOSSI.

Studio della sensibilità termica nelle ulceri varicose; per SEJOURNET. (*Thèse de Paris*, 1877 e *Revue Mens.*, dicembre 1877).

I sconcerti di nutrizione che soventi volte accompagnano le ulceri varicose, desquamazione epiteliare abbondante, secrezione di sudore esagerata, espulsioni, pigmentazione della pelle, ecc., furono segnalate dagli autori da molto tempo. M. Sejournet addetto al servizio del suo maestro M. Terrier, aggiunse a questi disturbi di nutrizione dei disturbi nella sensibilità termica che ha constatato nella maggiorr parte degli ammalati affetti da ulceri varicose. Talvolta si trova soltanto un semplice ritardo nella percezione del caldo e del freddo, tal' altra questa percezione è totalmente abolita, ovvero pervertita; il malato confonde il freddo col caldo e viceversa; in certi casi esiste una vera iperestesia termica; il contatto d'un oggetto freddo determina una sensazione di bruciore.

L'Autore ravvicina questi fatti all' anestesia che osservasi nel mal perforante e da tale confronto conclude che l'ulcera varicosa, è sotto la dipendenza di disturbi trofici.

PARONA.

Sopra la riunione per prima intenzione colla ovatta; del dott. DESORMEAUX. (*Archives Générales de medecine*, mai 1877).

Per ottenere questo risultato, fatta l'amputazione e la disarticolazione, l'Autore, lava la piaga con dell' acqua e dell' alcool fenicato o con una soluzione di cloralio; indi, pratica la sutura mediante filo di ferro fino e ricotto, lasciando fra i punti uno spazio ove colloca un drenaggio. In seguito, applica sul moncone uno strato d'ovatta, che leva dodici o quindici dì dopo per togliere il drenaggio, i fili, la sutura che sono divenuti inutili; poscia, fa una nuova lavatura, riapplica l'ovatta e la lascia altri quindici o venti giorni prima di tagliarla definitivamente; da questo momento la cicatrice è solida.

Questo metodo ha dato fino ad oggi i migliori risultati.

BOSSI.

Modo particolare di metodica compressione per mezzo dell'aria o dell'acqua; del dott. CHASSAGNY. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1877, N. 15, pag. 388).

Nella seduta del 10 aprile 1877 il dott. Chassagny di Lione, dava lettura all'Accademia di Medicina in Parigi di un suo lavoro vertente sull'argomento qui indicato. Come metodo generale questa compressione devesi ritenere quale il risultato del gonfiamento di un sacco di *caoutchouc* a pareti assai sottili, e che disteso mediante la iniezione di aria o di acqua, viene impedito ad espandersi all'esterno da un guscio a pareti rigide che lo obbliga a reagire colla superficie opposta sulla regione che si tratta di comprimere.

Questa compressione si applica a spazii limitati, per esempio al seno, sopra tumori o circolarmente alle membra lungo la loro continuità od ai loro estremi.

Chassagny presentava: 1.° Un apparecchio destinato alla compressione del seno; 2.° Una serie di apparecchi destinati a comprimere il braccio, l'avambraccio, il cubito, la mano, il ginocchio, la gamba ed il piede. Egli insiste sulla natura della compressione che in nulla rassomiglia a quella indotta dagli altri apparecchi, esercitandosi con una regolarità ed uniformità perfetta su ogni punto, che viene perfettamente tollerata, che annienta la contrazione muscolare e che presenta sopratutto il carattere distintivo, di non produrre mai edema alle parti inferiori non compresse quando venga applicato lungo la continuità di un arto.

L'Autore ottenne con questi mezzi dei risultati sommamente pronti in casi di ascessi e di ingorghi del seno, in artriti con o senza effusione, nelle contusioni, nelle distorsioni, ecc.

Nei casi di grandi traumatismi gli apparecchi sono muniti di due tubi: attraverso ad uno si fà entrare dell'acqua a bassa temperatura facendola uscire dall'altro, ottenendosi così la compressione e la irrigazione ad un tempo.

Mediante una specie di calzone a stecche guarnito di molle da *crinoline* lungitudinalmente e costituenti l'inviluppo esterno, si possono sostituire con sommo vantaggio gli apparecchi al silicato destinati ad immobilizzare l'arto inferiore nei casi di coxalgia.

Per ultimo Chassagny presentava dei sacchi a doppia parete per avviluppare il moncone delle membra amputate e che permettono medicature facilissime, assai pronte ed assolutamente fuori del contatto dell'aria.

Non conoscendo noi ancora per esteso il lavoro del dott. Chassagny non ci è dato sapere se egli annunciasse questo speciale processo di compressione ed i relativi apparecchi quali da lui immaginati; ma non possiamo crederlo, dacchè il dott. Leopoldo Buys di Bruxelles fino dal 1868 ebbe a proporsi lo stesso scopo raggiungendolo con identici mezzi. Ciò risulta, da un sunto di una di lui Memoria, in allora ancora inedita, da noi pubblicato nel 1870 in questa stessa Rivista, ed avente per titolo: *Di alcune nuove applicazioni della compressione e della aspirazione in chirurgia.* « (Rivista di Med. di Chir. e di Terapeutica » 1870, pag. 17, 50, 83 e 154). Il quale lavoro poi veniva nello stesso anno inserito nelle Memorie dell'Accademia Reale di Medicina del Belgio col titolo di: *Cura delle cisti dell'ovaia, del piotorace, dell'idrotorace, delle piaghe*, ecc., *mediante la compressione e l'aspirazione continue. — Processi ed apparecchi nuovi. Con tre grandi tavole litografate e colorate*, e nella terza di queste tavole stà appunto delineato, quale tipo di varie forme, un astuccio destinato alla mano. Al dottor Chassagny non resterebbe quindi che il merito di avere resi tali apparecchi irrigabili ne sappiamo se li munisse come fece il Buys di un manometro onde conoscere il grado di pressione atmosferica.

Sc.

Nuove osservazioni ed esperimenti sulla medicazione arsenicale nei tumori delle glandule linfatiche; del dott. WINIWARTER. (*Giorn. di med. militare*).

Come aggiunta ad un precedente suo lavoro (*Med. Jahrbücher*, 1877, fasc. II) il dott. Winiwarter rende noti i favorevolissimi e nuovi risultati da lui ottenuti nella clinica di Billroth (sui quali parlò anche Czerny) e nella pratica privata mediante l'uso interno e sottocutaneo di arsenico nei linfomi maligni. Sotto il titolo *linfomi maligni* l'Autore comprende l'iperplasia semplice delle glandule linfatiche, la quale conduce a grossi tumori ed a metastasi negli organi interni che lasciata a sè stessa trae a morte sotto apparenze cachetiche, mentre d'altra parte ne separa tanto il sarcoma delle ghiandole linfatiche quanto la leucemia nella quale l'importanza maggiore sta nella modificazione del sangue. Per mezzo della medicazione arsenicale si ottiene la diminuzione, anzi la scomparsa dei tumori ghiandolari, la quale difficilmente si può ottenere cogli ordinarii mezzi chirurgici. Che l'azione poi di questa medicazione abbia lunga durata e che per essa si prevengano le frequenti recidive, lo dimostra un caso osservato dall'Autore fino dall'anno 1873. Egli appresta contemporaneamente l'arsenico tanto per via interna che esterna. Nel primo caso egli amministra il liquore del Fowler con parti eguali di ferro pomato ed in dose crescente. Da principio ne fa prendere alla mattina e alla sera, dopo il pranzo e dopo la cena 5 goccie in un cucchiajo di vino rosso.

Tale dose viene aumentata ogni secondo o terzo giorno di una goccia la mattina e di una la sera, fino a che i disturbi gastrici non impediscano di progredire. In tal caso si diminuirà poco a poco la dose, ma non si sospenderà mai l'arsenico ad un tratto. D'ordinario i sintomi d'avvelenamento si presentano dopo due apprestazioni di 25 a 30 goccie della mistura suddetta. Il dott. Winiwarter non andò mai al di là delle 40 goccie. Per le injezioni invece nelle glandule che si fanno con la siringa di Pravaz, egli adopera il liquore puro di Fowler. Se la qualità del tumore lo esige, pratica nei singoli gruppi glandulari 2 o 3 di tali injezioni al giorno. L'assenza del sonno che subentra frequentemente all'uso protratto di tale rimedio verrà combattuta prescrivendo alla sera della birra, somministrando del bromuro potassico e finalmente diminuendo le dosi del medicamento. Nell'ultimo Congresso chirurgico anche il professore Esmarch constatò i favorevoli risultati ottenuti in alcuni casi di tumori maligni col suddetto trattamento curativo.

PARONA.

Ricerche sugli accidenti prodotti dall'anestesia coll'etere nei ragazzi; del dott. TRIPIER. (*Association francaise pour l'avancement des sciences, cinquieme session*, p. 720, 1876).

I chirurghi, già da tempo, studiando gli effetti dell'etere e del cloroforme, son venuti alla conclusione, che l'impiego del primo nei fanciulli è molto più dannoso che quello del secondo.

Questa conclusione venne confermata oggidì da ricerche fatte dal dott. Tripier. L'Autore ha esservato in ragazzi dai 5 agli 8 anni, nel corso dell'anestesia coll'etere, accidenti gravi dovuti nè all'asfissia, mancando la cianosi, nè alla sincope avendo il cuore continuate regolarmente le sue pulsazioni durante tutto il tempo dell'anestesia.

I fenomeni più salienti erano l'arresto della respirazione e il vomito di gran copia di mucosità bronchiali più o meno filanti.

L'Autore nel sospetto che l'etere potesse in qualche modo agire sulla mucosa laringo-tracheale da aumentarne la secrezione, intraprese una serie d'esperienze senza però venirne a risultati tali da permettergli di risolvere la questione.

Bossi.

Della rivulsione interstiziale colle iniezioni ipodermiche di nitrato d'argento; di Deuck. (*France medicale*. N. 29, p. 225, 1877).

L'Autore fa elogi dell'iniezione del nitrato d'argento come rivulsivo nei tessuti cellulari. Ne inietta da cinque a sei goccie della soluzione al 4 per 0[0.

L' usò con profitto nella nevralgia del radiale, nell' artrite cronica, nella tubercolosi del testicolo e nella scapulalgia.

L'Autore conclude, che queste iniezioni ponno essere utilissime nelle vere nevralgie; son superiori alla pasta di Vienna e al ferro rovente e se non altro sono un palliativo raccomandabile. Queste iniezioni danno luogo ad ascessetti, che si ponnc evitare diluendo la soluzione.

Bossi.

Intorno alla trapanazione neolitica; del prof. Broca. (*Arch. Gén. de Méd.*, settembre 1877).

Nella seduta del 3 luglio corrente anno il prof. Broca comunicava all' accademia delle scienze di Parigi una nota relativa ad una sua Memoria intorno alla *trapanazione neolitica* e che riescì di grande interesse dal punto di vista storico della medicina e della chirurgia.

Questa operazione che risale alla più remota antichità deve avere preceduta la conoscenza dei metalli, si venne infatti a scoprire in alcune stazioni neolitiche un certo numero di cranii umani sui quali l'apertura di una trapanazione era rimasta intatta, ed i caratteri speciali e costanti che dessa presentava provarono che si trattava di una operazione metodica eseguita mediante raschiatura anche oggigiorno in uso appo alcune tribù selvagge.

Il prof. Broca in allora praticava a titolo di esperimento la trapanazione in un giovane cane mediante un raschiatoio di silice proveniente dalla stazione paleolitica di Eyzies, e riesciva facile e spedita, persuadendosi che con nessun apparecchio moderno si risparmiava così bene la dura madre. Ripeteva tale operazione su cadaveri umani rilevando che se negli adulti la operazione dura più di un'ora si compie in quattro o cinque minuti nei ragazzi. Ed era appunto su questi che i trapanatori neolitici la praticavano, perocchè si proponevano di curare le

forme convulsive tanto comuni a quell'età e che si attribuivano alla irrequietudine di uno spirito agitantesi nel loro corpo. Gli individui trapanati conservavano un carattere di santità e dopo la loro morte venivano separate tutte le parti all'ingiro della apertura per la quale si credeva fosse passato lo spirito e la conservavano come amuleto. Dicevasi questa la *trapanazione postuma*, scoperta dal dott. Prunieres, essendosi data all'altra il nome di *trapanazione chirurgica*.

Sc.

RIVISTA DI TOSSICOLOGIA

del Prof. A. CORRADI.

Arsenico.
Elleboro.
Fosforo.
Jodio.
Mercurio.
Santonina.
Tartaro emetico.

Arsenico.

Il dott. Renato Rouyer pubblicava a Nancy una tesi in cui, diretto dal prof. Feltz, procurava di determinare le dosi tossiche e i contravveleni di alcuni composti arsenicali (1). Da quegli sperimenti risulterebbe: che l'acido arsenioso injettato nelle vene riesce ai cani, rispettivamente al peso del corpo d'un chilogrammo

Velenoso	alla dose di	0,6	milligrammi
Grandemente velenoso . .	»	2,5	»
Assolutamente letale	»	3,0	»

con quest'ultima dose la morte succede in 8 ore, con l'altra dalle 24 alle 35 ore.

Dato per bocca, e tenuto fermo l'anzidetto rapporto al peso d'un chilogrammo, quello è *quasi sempre* mortale alla dose di 6 centigrammi
costantemente » » 7 »

(1) « Essai sur les doses toxiques et les contrepoisons de quelques composés arsenicaux. » Nancy 1876. — « Gaz. des Hôpit », 1876, p. 590.

E riguardo ai sali arsenicali,
l'arseniato di soda riesce letale in 12-20 ore a 5 milligrammi introdotto per le vene; in 24-30 ore a circa 15 centigrammi per bocca
l'arseniato di potassa riesce letale in 7 ore a 3 milligrammi introdotto per le vene; dopo 6-7 ore a circa 3 centigrammi per bocca.

L'ossido di ferro idrato, fatto di recente, è efficace contro l'acido arsenioso, quando venga amministrato non più tardi d'un'ora dopo l'avvelenamento, non già contro i composti alcalini dell'acido stesso: e però come antidoto di questi raccomanda la magnesia e la soluzione officinale del percloruro di ferro, giusta il Codice francese, e cioè, amministrata la soluzione diluita di percloruro di ferro, un quarto d'ora dopo sia data la magnesia nella proporzione di 4 grammi per 100 centim. cub. di soluzione ferrica (26 per 100). Crede l'Autore che questo rimedio possa esser adoprato anche contro l'acido arsenioso, e che in sostanza equivalga all'*Hydras ferrico-magnesicus* (Antidotum arsenici) della Farmacopea di Svezia del 1869. Mezz'ora dopo l'antidoto, sarà prudente amministrare un purgante per evacuare l'arsenito ferrico che si forma, e poichè quest'arsenito è solubile negli acidi, sono da evitarsi le bevande e le limonate acide.

Ma su quest'argomento, acciochè il medico proceda con tutta quella ponderatezza che esige la valutazione della dose del potentissimo medicamento e veleno, sì per le ragioni cliniche e terapeutiche, come per le altre tossicologiche e forensi, è opportuno riferire, siccome quella che contiene savj avvertimenti, la seguente pagina del Trattato del Tardieu.

« Importerebbe assaissimo di stabilire con la maggior possibile esattezza a qual dose le preparazioni arsenicali possono produrre sintomi venefici, ed anche la morte. Nulla può ricavarsi per questo riguardo, l'ho già detto, dagli esperimenti sugli animali: ed anche circa le osservazioni fatte nell'uomo v'hanno differenze di cui bisogna tener conto sì, ma la cui ragione non sempre facilmente si trova. Il dott. Lachèse, juniore, d'Angers in una bella Memoria, ottimamente condotta, ha tentato di risolvere la quistione; e stando alle sue conclusioni, dovrebbesi ammettere che nell'uomo 6 milligr. d'acido arsenioso possono produrre effetti non gravi, 1 a 3 centigr. sintomi tossici, 5-10 centigr. la morte (1). A. Taylor, che ha ben capito l'importanza e le difficoltà del problema, non crede sia in nostra mano il determinare la dose a cui il veleno può essere amministrato senza cagionare la morte. Egli dice di aver cercato indarno negli Autori tedeschi, francesi ed inglesi un caso nel quale la quantità minima di 2 grani e mezzo (125 milligrammi) di arsenico sia stato sufficiente a far perire un uomo adulto. Del resto

(1) « Recherches tendant a déterminer le mode d'action de l'acide arsénieuna sur l'économie. » (« Ann. d'Hyg. et de Méd. légale », 1834, 1.e serie, T. XVII, p. 334).

v'ha in ciò, per il celebre medico legista inglese, una quistione di massima: non vuole che il perito si dichiari in modo assoluto. Possiamo noi affermare, ei dice, essere impossibile che uno guarisca dopo aver preso 5 o 10 grammi d'arsenico? Nol credo. Solo possiamo dire che, giudicando dagli effetti di dosi minori, quelle debbono probabilmente produrre la morte; e che in niun modo siamo certi della quantità necessaria per formare la dose più tenue alla quale il veleno possa riescire letale (1). Adotto volentieri, continua il Tardieu, questi principj e unicamente cerco nei fatti gli elementi d'un calcolo approssimativo, nel quale conviene far entrare le circostanze diverse d'età, di complessione, di vitto, che possono modificare per un modo o per l'altro l'attività del veleno. Gli Autori, l'ammetto con Taylor, non hanno dato sopra questo oggetto di cui m'occupo che informazioni più o meno incerte od erronee, e respingo insieme con lui tanto come limite inferiore, la dose d'un grammo e mezzo data da Christison, quanto l'altra di 12 milligr. indicata da Monro. Ma l'attento spoglio di moltissime osservazioni non mi lascia dubbio che 10 a 15 centigr. possono in certi casi poco frequenti è vero, essere bastanti a dar morte (2).

Nè occorre dire che gli effetti del veleno varieranno secondo che pieno o vuoto sia lo stomaco, e specialmente secondo la quantità di sostanza venefica rejetta col vomito e tolta così all'assorbimento. Se non che per quanta pure sia la quantità di veleno per tal modo perduta, sgraziatamente ne resta sempre, nella massima parte de'casi, tanto che basta a torre in breve la vita. Inoltre per l'acido arsenioso è pure da tener conto dell'occulta, ma pure potentissima azione modificatrice dell'*abitudine*: ed è noto il fatto degli *arsenicofagi* della Stiria e della Carniolia, quand'anche lo si spogli delle esagerazioni, in cui talun viaggiatore piacque avvolgerlo.

Intanto giova notare che nella Farmacopea Germanica del 1872 la *dose massima* dell'acido arsenioso in uomo adulto *per volta* è di 5 milligr., e di 1 centigr. *al giorno*; dell'arsenito di potassa (Soluzione del Fowler, Liquor Kali arsenicosi) di 4 cent. *per volta*, di 2 grammi *nelle 24 ore*. In quella Farmacopea tale soluzione è preparata in modo da contenere 1 parte d'acido arsenioso in 90; secondo il Codice Francese del 1866 ne conterrebbe 1 su 100 Anche la Farmacopea Austriaca dà la proporzione di 1 centigrammo d'acido arsenioso per ogni grammo di soluzione.

(1) « On poisoning by arsenic, the quantity required to destroy life, published in Guys-Hospital Reports. » N. XII.

(2) Tardieu A. « Étude médico-légale et clinique de l'Empoisonnement. » Paris 1869, p. 321.

Elleboro.

Un uomo di 43 anni, conciatore di mestiere, e di buona complessione non sentendosi bene, prese da un farmacista per purgarsi dieci centesimi d'una polvere, ch' ei credeva di rabarbaro, ed era invece di elleboro bianco. Messala, nella dose di 4 ad 8 grammi, in un bicchier d'acqua la trangugiava senz'altro; di lì a poco intensi dolori, vomiti copiosi e fiere convulsioni, con che dopo un'ora e mezzo moriva. Apertone il cadavere il dì appresso, i medici riferirono non esservi altra causa di morte, se non quella dell' avere preso per bocca certa quantità di polvere d'elleboro.

Il dott. A. Chevallier, professore alla Scuola superiore di Farmacia e membro dell'Accademia di Medicina di Parigi, non dà maggiori ragguagli del caso, ma invece pone innanzi i varj quesiti che gli vennero posti dal tribunale, poichè, com' era naturale, sul tristo fatto fu promossa l'inquisizione. Stabilita con l'autorità di parecchi scrittori, e specialmente dell'Orfila, che la polvere d'elleboro è un veleno, data anche alla dose di meno 4 grammi e mezzo, il farmacista che, non badando punto a quanto i regolamenti prescrivono in proposito, vendette tale polvere venefica, venne condannato ad un mese di carcere e a L. 200 d'ammenda, sentenza dal tribunale d'appello confermata (1).

Prendendo occasione dal caso che gli toccò d' esaminare, lo Chevalhier si mise a cercare quant'era stato pubblicato circa le proprietà tossiche degli ellebori, e dà per prima l'osservazione del Morgagni; la quale, s'egli l'avesse attinta alla fonte (*De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*. Epist. LIX, art 15, 16) ben gli avrebbe mostrato che la storia tossicologica dell' elleboro non incomincia con il grande anatomico di Padova; chè questi con la consueta erudizione parecchi fatti più antichi ricorda, a cui altri ancora se ne potrebbero aggiungere, siccome quello del nostro Antonio Benivieni, che qui a mo' d'esempio ci piace riferire:

« *Di uno che dopo aver bevuto del veratro muore.* »

« A un tale Zenobio che era malato di quartana un certo medico « inesperto fece prendere temerariamente del veratro, che è infra i me- « dicamenti pericolosissimi. E subito ne successero spessi e vementi « profluvi di ventre, e il respiro divenne grave e difficile, onde essendo « io stato dai figli chiamato presso di lui già moribondo, nè avendolo « potuto liberare da tanta infermità, nel solo spazio di sei ore una morte « violenta lo tolse di mezzo (2). » E successivamente narra di altro

(1) Chevallier A. « Cas grave d'empoisonnement par le poudre d'éllebore »; Recherches sur les cas observes jusqu'a present. (« Annales d'Hygiène publique », 1877, XLVI, 459).

(2) « De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis. » Cap. 51.

pover uomo, a cui per torgli il male di stomaco che da due anni lo travagliava, certo medico pensò di prescrivere il veratro bianco. Come gli fu dato « cacciò fuori da prima assai copia di bile e di pituita, poi « bile nera, in ultimo sangue, e così vomitate queste materie in sul « principio ne successe grande prostrazione delle forze, poi freddo su- « dore per tutto il corpo e per il petto a cui tenne dietro istantanea « la morte (1). »

Inoltre nel riferire l'osservazione del Morgagni lo Chevallier tace un'importanza circostanza, e cioè, che la morte non seguì già quando più infierivano i dolori, sebbene quando quelli s'erano acchetati nè più davano molestia. *Cubans quiescere visus est; certe nullam vocem indicem doloris edidit, quam in proximis lectulis cubantes aegri* (il caso avvenne nell'Ospitale di Padova) *audiverint hora tantum octava sonus quidam, ex ejus ore emissus, a ministris auditus est: ad quem accurentes, hominem jam mortuum invenerunt.* Il quale procedimento concorda con quanto dal predetto Benivieni venne notato rispetto alla successione dell'ipostenia agli effetti primitivi dell'azione irritante del veleno. Neppure esattamente sono riferite le cose vedute nel cadavere, chè l'infiammazione era maggiore non già nell'intestino crasso, bensì nel tenue (2): così sarebbe stato bene l'aggiungere che ne'vasi maggiori v'era poco sangue, nel cuore *vix aliquid fuit concretionis polyposae*, ed anche che *nusquam tamen in cadavere hoc toto vehemens apparuit inflammatio*; avvertenza che pare messa a bella per ammonire che la morte non potevasi tenere conseguenza della sola infiammazione. E quella seguiva malgrado che la dose di mezza dramma, ossia circa due grammi, a cui il medicamento (estratto acquoso d'elleboro nero) venne preso, fosse la consueta, anzi inferiore alla dose che pur suol darsi senza danno quando il ventre sia maggiormente costipato; onde che qualche peculiare condizione dovea essere nell'infermo, che per altro rimase occulta. Perfino il tempo in cui venne fatta la sezione è sbagliato: e per vero *duodequadragesima hora*, non vuol dire già 42 ore, bensì 38.

Il secondo caso di avvelenamento riferito dallo Chevallier è quello di Don Juan Antonio Ferrary, del quale riferirono alla Società Medica d'Emulazione Ippolito Cloquet e Caventou nel dicembre del 1817 (3). Due campagnuoli bevettero di certa decozione fatta con radice di *Convallaria polygonatum*, foglie di edera terrestre e radice, a *quel che parve*, d'elleboro nero. Dopo tre quarti d'ora dolori di ventre, vomiti,

(1) Ivi Cap. 52. — Traduzione del professore Carlo Burci. (Firenze 1843, pag. 105-106).

(2) *Intestina autem hic illic inflammata, sic tamen ut minus levis in tenuibus quam in crassis esset inflammatio, si rectum excipias in quo spatia quaedam aeque manifeste, ac ventriculus, erant inflammata.*

(3) « Empoisonnement végétal à la suite d'une décotion d'ellébore noir prise comme médicament. » (« Journ. univ. des Sc. méd. », 1818, X, 121).

e quindi delirio e convulsioni con intenso freddo; uno moriva scorse due ore e mezzo, l'altro, che del beverone avea preso dose doppia, cioè, due bicchieri, in meno d'un'ora. Ne' due cadaveri e maggiormente in quello che più avea bevuto del veleno, trovaronsi i polmoni ingorgati di sangue, la mucosa dello stomaco di colore bruno-fosco, e quasi in gangrena.

Ma prima ancora del medico spagnuolo, e subito dopo il Morgagni gli *Acta helvetica* registravano il funesto avvenimento di quattro fanciulli che rimasero avvelenati dall'elleboro nero, e di cui due morirono, gli altri a mala pena scampandone. Eccone il racconto, poichè non comune è quel vecchio giornale.

« Medicus quidam junior in tyrocinio praxeos suae, pueris quatuor « 10 et supra annorum, ex educatione mala, et victu prava, cachecticis, « medicinam facturus, in primis viis colluviem morbosam, et in massa « humorale, serum crudum, viscidum, abundare ratus, catharsim libe- « ralem e re fore judicans, eo scopo praescripsit infusum amarum, cum « adjectis aliquot radicum hellebori nigri drachmis, per vices sensim « adhibendum, donec satis alvina evacuatio responderet. Pueris a lecto « erat famula rudis et imperita. Medicus autem loco remotior, quam ut « illos quotidie invisere posset. Ab una alterave dosi medicamenti hel- « leborati, apud omnes et singulos oriebatur hypercatharsis, cum enormi « vomitu, et dejectione, anxietate, torminibus, animi defectione, siti ur- « gente, etc., tam cito ingravescentibus, ut laborantium duo prius ani- « mam agerent, quam medicus certior factus advolaret; reliqui duo « vix adhuc violentae purgationi superessent. Itaque alteris infausta « curatione ereptis, alteri ope lactis vaccini calentis, saccharati, sensim « liberaliter ingesti, et sedativi ex opio interpositi, aegre ab exitio li- « berati (1). »

Meritava pure d'essere riferito il caso del Vicat, citato unicamente come testimonianza generica della velenosità dell' elleboro, giacchè, in fuori anche del numero non piccolo delle persone che ne soffrirono (2), v'ebbe in quello l'importante particolarità che i sintomi di grave ipostenia (freddo generale, gelido sudore per tutto il corpo, prostrazione grandissima, poca sensibilità, polso appena percettibile), subito si manifestarono e prima ancora dei sintomi irritativi; e però soltanto dopo due ore il maggiore de'fanciulli, che non avea ancora 4 anni, cominciò a vomitare, ma con molta difficoltà; e così successivamente gli altri. Il Vicat, che allora venne chiamato, fece bere ai malati molt'acqua tiepida

(1) « Acta Helvetica physico-mathematico-anatomico-botanico-medica. » Basileae 1762. Vol. V, p. 326.

(2) Un sarto, con la moglie, i figliuoli e i lavoranti i quali mangiarono tutti d'una minestra in cui era stato messo della polvere di radice d'elleboro bianco, invece di pepe.

con olio, quindi infuso di malva con il miele: n'ebbero molto vantaggi e tutti risanarono (1).

Ricorda quindi il Chevallier gli esperimenti dell'Orfila sugli animali, dai quali risulta che la polvere della radice d'elleboro nero ha un'azione locale infiammatoria, incapace di produrre morte sollecita, siccome avviene quando sia data per bocca, o fatta assorbire più rapidamente ponendola sotto la pelle, o su d'una ferita: susseguono allora vomiti intensi, e turbamenti del sistema nervoso, presto letali, consimili a quelli indotti dai narcotici. Della lodevole dissertazione dello Schabel, fatta sotto la direzione del prof. Emmert di Tubinga, non pare abbia egli avuto sufficiente notizia, poichè si restringe a dire che in quella è fermato che l'azione tossica dell'elloboro nero e del bianco è la medesima, o quanto mai affine, e che essa è effetto d'un principio resinoso, sebbene il Murray l'abbia attribuito ad un principio volatile acre, ed Orfila a materia solubile nell'acqua. Nondimeno maggiori notizie se ne potevano trarre, poichè lo Schabel allargava gli esperimenti del Greding (2) su tutte le classi degli animali, e mentre confermava per molta parte le deduzioni sperimentali del tossicologo francese, ad alcune di esse contraddiceva, a quella ad esempio che l'elleboro nero infiammi l'intestino retto. Come conchiusione generale poi metteva che l'azione tossica dell'elleboro nero e del bianco ha affinità con quella del *cloruro di bario* e del *tartaro emetico*; per altro mai rapidi sono gli effetti di coteste piante, e mentre producono meno copiose evacuazioni, più sicuramente eccitano il vomito, anche apposte che siano in parti lontane dallo stomaco (3).

Dal 1817 lo Chevallier salta di balzo al 1851 per dire del caso osservato dal dott. Mavel (4) *le premier a notre connaissance*: di avvelenamento prodotto dal veratro bianco. Eppure ben altri casi sono stati in quel frattempo registrati nella letteratura medica! Eccone alcuni, che ci vien fatto di notare senz'aver perciò instituite speciali ricerche.

Alibert. — Donna che prese per abortire polvere d'elleboro nero. (« Nuovi elementi di Terapeutica », trad. ital. dalla 4.ª ediz. francese. Firenze 1822, I. 157).

Wagner. — Famiglia di 8 persone avvelenate dalla radice di veratro bianco messa nel pane invece di cumino. (*Rust, Magazin für Heilkunde,* 1823, XIV, 547).

Brückmann. — 3 uomini che invece della radice di galanga presero quella del veratro bianco nell'acquavite. (*Horn, Archiv für medicinische Erfahrungen* 1825, I, 477).

(1) Vicat. « Histoire des plantes vénéneuses de la Suisse. » Yverdun 1776, p. 166.

(2) Greding Joh. En. « Sammtl. med. Schriften. » Greiz, 1793, I.

(3) Schabel Andrea. « Diss. inaug. de effectibus veneni radicum veratri albi et hellebori nigri. » Tubingae 1817.

(4) Mavel. « Journ. de Chimie médicale », 1851, p. 586.

Fahrenhorst. — Giovane di 19 anni, che per isbaglio invece di rabarbaro prese una cucchiajata di polvere d'elleboro nero. (*Rust, Magazin* cit. 1826, XXIII, 190).

Köchling. — Giovinetta di 15 anni, a cui scoppiò delirio furioso per essergli stata cospersa la testa piena di pidocchi con polvere di radice d'elleboro bianco. (*Horn, Arch. für medicin. Erfahr.* 1835, II, 815).

Barkhausen. — Parecchi che bevettero acquavite, anche in poca quantità, in cui era stata messa in luogo d'altra droga la radice del veratro bianco: parevano ubbriachi, non reggevansi in piedi, aveano vertigini, vomito, diarrea. (*Frank, Magazin für physiol. und klin. Arzneimittellehse und Toxicologie.* Leipzig 1846, I 148).

Ma tornando al caso del dott. Mavel, eccolo compendiato. — Una famiglia di 6 persone (padre, madre, genero, due fanciulli di 5 a 6 anni, ad altro uomo che lavorava nella casa da sarto), mezzora dopo aver desinato, si sentirono male, con vomito e fiere coliche. La madre, robusta vecchia di 70 anni, che solo della minestra s'era cibata più degli altri, che pur aveano mangiato del lardo, del formaggio e delle patate era aggravata. Era essa di color rosso pavonazzo in faccia, con grande ansietà, lingua fredda, senza polsi e calore, occhi spenti, *cecité complète*, vomiti di materie verdognole, coliche. Dato un emetico, avvolta la malata tutta nuda in panni caldi, che rinnovavansi ogni 10 minuti, fatte delle frizioni sulle coscie, ed applicati poscia de'senapismi, s'eccitò salutare reazione, la quale condusse sollecita guarigione. Degli altri malati non è detto, ma pare assai probabile che tutti guarissero. L'avvelenamento accadde per ciò che nel vaso, adoperato a cuocere la minestra, era stata fatta una decozione di radici di veratro bianco per servire di rimedio contro la scabbia d'uno della famiglia, e n'era rimasta qualche parte.

Altri tre casi soggiunge lo Chevallier, di cui due d'avvelenamento criminoso, e seguiti da morte, ma senza importanza clinioa e tossicoiogica: in uno anzi neppur è detto quale specie d'elleboro fosse stato strumento del delitto. L'altro caso è tolto dal *Medical Times and Gazette* del 3 gennajo 1863: lo narrava il dott. Edwards. — Un chimico, per farne esperimento, avea preso 4 grammi di tintura d'*elleboro verde*, corrispondeute a 60 cent. di polvere: n'ebbe vomiti, pelle fredda, con sudore viscido e abbondante. Con l'acquavita (48 gr.), fermossi il vomito; coi senapismi e con le sostanze calde si ridestò la circolazione: il malato dormì un quarto d'ora, e svegliandosi si sentì meglio.

Dai giornali medici inglesi potevano essere estratti altri casi: quello di Massey, ad esempio, prodotto dall'elleboro nero (*Lancet*, 1856, II, 100), e l'altro di Giles (Ivi, 1857, II, 9) dall'elleboro bianco. Altri ancora se ne trovano notati nei trattati classici di Pereira, di Taylor, e nella più recente letteratura medica, siccome l'osservazione del dottor Fingerhut nella quale, oltre il vomito, la diarrea, i dolori colici vi ebbero gravi sintomi da parte del sistema nervoso, quali, cefalalgia, ver-

tigini, sussulti, rumori d'orecchi, midriasi persistente, delirio, con grande abbassamento della temperatura e lentezza delle azioni cardiaco-vascolari. Ciò avvenne per aver bevuto la metà d'una decozione fatta con un'oncia e mezzo di radice d'elleboro nero in 5 fogliette di vino (1). E così l'altra osservazione del dott. Fellétar, susseguita da morte, in cui per altro pare avesse parte non solamente l'elleboro verde, ma anche le lesioni cardiache dell'inferma, o per lo meno l'azione di quella in causa di queste fu maggiormente sentita e perniciosa (2).

Similmente l'Autore non mostra di conoscere punto gli studii importantissimi dello Schroff, il quale fin dal 1859 ammetteva che negli ellebori sianvi due sostanze attive, una acre e l'altra narcotica, ciò che risponderebbe pienamente al fatto clinico, quale pure si presenta nelle osservazioni sopra ricordate. (Helleborus und Veratrum. — *Prager Viertelj.* 1859, I, 49, III, 95, IV, 106. = *Zeitschr. der Ges. der Aerzte in Wien*, 1860, p. 385); nè i successivi di Husemann e Marmé, che riguardano tanto la chimica quanto la tossicologia (3). E neppure mostra di conoscere le differenze fra gli ellebori ed i veratri sotto il rispetto botanico, che sono grandissime, siccome invece le molte affinità riguardo all'azione fisiologica, agli effetti terapeutici e tossici delle piante stesse.

Fosforo.

Una signorina isterica, maritata da 8 giorni, prese, si suppone per isbaglio, una cucchiaiata d'un elettuario che conteneva 80 centigrammi di fosforo. Sorsero fieri dolori, con conati di vomito, grande agitazione. Poichè venne pòrta l'ipecacuana con tartaro emetico, assai vomitò l'inferma ed i reciticci putivano grandemente di fosforo: dopo ciò i dolori per un po' calmaronsi; e quando ripresero fu dato emetico, ordinando poscia 5 grammi d'olio di trementina, e pezzetti di ghiaccio ed acqua con magnesia.

La notte senza sonno; sul far del giorno la temperatura era di 37°,2, il polso piccolo con 86 battute. Il giorno appresso grande prostrazione. La lingua sporca di color giallo, le gengive rosse, non più sanguinanti, e la mucosa delle fauci con ecchimosi. L'aria espirata sapeva ancora di fosforo; l'epigastrio premuto dolentissimo, naturale per altro il volume del fegato, molle e qualche poco retratto il ventre; il quale era chiuso e così pure chiuse le vie dell'orina: temperatura e polso come prima. Prescritto l'infuso di sena, e continuata l'amministrazione del ghiaccio e dell'acqua con magnesia.

(1) « Preuss. Ver. Zeitung. » Neue Folge, 1862, V. 22.

(2) Dragendorff. « Jahresbericht über die Fortschritte der Pharmacognsie, Pharmacie und Toxicologie. » Jahrg. 1875. Goettingen 1876, p. 496.

(3) Husemann. « Handbuch der Toxicologie, » Supplementband. Berlin 1867, pag. 74.

Il giorno appresso, 3° di malattia, v' ebbe esacerbazione; delirio e allucinazioni; maggiore prostrazione, talvolta grida, o discorsi fatui, tal'altra stato d'apatia. La malata era senza febbre, e poco prese dell'acqua con ozono statale prescritta. La sera la frequenza del polso crebbe da 86 a 106 battute. Nell'orina v'era abbondante pigmento biliare, albumina in discreta quantità e molta urea. Il 4° giorno calmossi il delirio; la signora lamentavasi di acerbi dolori dalla parte del fegato e d' intensa sete. L'alito meno fetido, il polso più pieno con 100 battute; giusta la temperatura. Al 5° giorno itterizia generale, e repentino ingrossamento del fegato pure dolentissimo; lingua coperta di grosso strato giallo, e molta urea nell'orina bruna con ischiuma gialla. Temperatura 37°,3; polso 100; respiro 40. Prescritti fomenti tiepidi sull' ipocondrio destro; tintura acquosa di rabarbaro con tintura di chelidonio per bocca e continuata l'acqua con ozono. Il 6° giorno, dopo quieto sonno, forte prurito alla pelle; dileguata la grande sete e la prostrazione. Vista discretamente gialla, minore l' itterizia sebbene aumentato ancora di 2 centimetri il volume del fegato, e tuttora dolente. Dato il bicarbonato di soda, acqua di Seltz, infuso di sena composto, brodo con uovo. Dal 7° dì sgonfiossi il fegato, apparvero evacuazioni bianche pultacee, e nell'orina tuttora di color fosco diminuiva l'urea e scompariva l' albumina. Proseguiva l' itterizia, e restava l' insonnio, la malata delirava e lagnavasi di dolori alle gengive. Continuaronsi i rimedj, e solo s'aggiunsero gargarismi con allume e clorato di potassa. D'allora in poi la malattia fece il corso di semplice itterizia catarrale e dopo 4 settimane la giovane era guarita.

Questo caso narrato dal dott. Berthold di Dresda (*Arch. der Heilk.*, 1876, XVII., p. 258. — *Schmidt's Jahrb.*, 1877, CLXXV., 240) è importante per l'esito felice, malgrado la dose alta a cui venne preso il fosforo. Va per altro notato che il veleno venne ingoiato a stomaco pieno, e che sollecito fu il vomito. A nessuno dei varj medicamenti adoperati può ascriversi in modo particolare il buon successo; l'olio di trementina tanto vantato non fece certo questa volta la miglior prova. È pure da notarsi come in tutto il corso dell' avvelenamento non vi fosse febbre, mentre che l'urina abbondava d'urea.

Jodio.

Nell'Ospitale de'fanciulli il dott. Giulio Simon cominciò nel marzo del 1876 a curare le bambine tignose con le spalmature di una miscela a parti eguali di tintura di jodio e di glicerina. Una ragazzetta di 10 anni e mezzo, quasi un mese dopo tale cura diè segni manifesti di *jodismo*: faccia gonfia, occhi injettati di sangue, guancie rosse, coperte di papule; la gola sensibile, lievemente rossa; la mucosa nasale turgida, forte epistassi, malessere grandissimo, sete, inappetenza: polso lievemente frequente e pelle appena appena calda. Cimentate le orine, con

amido e acido nitrico nitroso, ovvero con lo stesso acido e con cloroformio, vi si trovò buona copia di jodio, ed anche albumina. Dopo 8 giorni rinnovate le spalmature, nuovi sintomi di jodismo con scolagione muco-purulenta dalla vulva, dolori nell' evacuare l' orina; nella quale tornò a mostrarsi lo jodio, non già l'albumina. Similmente tutte le fanciulle, che a quel modo erano curate, diedero a vedere jodio nelle orine, sebbene sintomi di jodismo generale non apparissero: in 3 altre trovossi anche albumina, che mancò invece in 7 (1).

Che lo jodio possa essere assorbito e produrre esso pure effetti generali, il capillizio, su cui viene spalmato, avendo ulceri, piaghette ed abrasioni, niuna meraviglia: piuttosto merita attenzione l'altro fatto che del pari jodio ed albumina si fecero vedere nelle orine di quattro fanciulle, nelle quali le spalmature jodate vennero fatte non più sulla testa tignosa, ma largamente sul petto: e per la pelle intatta e non per le vie del respiro quello veniva assorbito, poichè esaminate le orine di altri fanciulli della medesima infermeria, ma non curati con lo jodio, nulla fecero vedere. Nondimeno acciocchè il metalloide passi nelle orine, conviene che la spalmatura ne sia fatta su larga superficie: limitandola a piccolo spazio, come sarebbe quello d'una moneta da 5 franchi, lo jodio non passava punto o pochissimo; e così pure nell'orina non eravi albume. Se in queste osservazioni non v'abbia errore, le deduzioni che se ne possono trarre sono importanti così per la farmacologia generale, come per la tossicologia. Gli Autori dell'articolo ne ricavano le seguenti: 1.° Lo jodio applicato sulla pelle passa facilmente nel sangue e ciò per lo meno ne' fanciulli, in essi e non negli adulti quelle analisi essendo state fatte. 2.° Così assorbito, per due volte produsse in una fanciulla gli effetti dello *jodismo*. 3.° Nella metà per lo meno de'casi produce albuminuria, talvolta manifestissima.

Mercurio.

Il dott. Sillard riferisce un caso di *extreme mercurial salivation* seguito da morte, sebbene tenue fosse la quantità del mercurio amministrato, e cioè 32 centigrammi in 3 giorni unitamente al rabarbaro, in massa pillolare. Sorse violenta infiammazione ed ulcerazione del palato di tutta la bocca, e successivamente *distruzione* della lingua, astenia e morte (2). Tali effetti straordinarj furono forse conseguenza dell' impedita eliminazione del mercurio a cagione di affezione renale, del *morbus Bright*? Molte volte questa lesione organica, anzi che la misteriosa *idiosincrasia*, può dare ragione del fatto; nondimeno in altri casi, quella

(1) Simon Jules et Régnard Paul. « Note sur l'absorption de l'iode par la surface cutanée des enfants, iodisme; présence d'iode dans les urines, et souvent albuminurie. » (« L'Union médicale », 1876, XXII, 26).

(2) « Brit. med. journal », 1876, june 17, p. 750.

in niun modo potrebb'esser invocata: non s' è veduto, e non di rado, poche frizioni sul capo con unguento mercuriale, non più di 2 grammi, produrre anche in soggetti sanissimi idrargirosi assai grave?

Al quale proposito ci piace di ricordare il seguente fatto narrato alcuni anni fa dal dott. Leiblinger nella *Wien. med. Wochenschrift* (anno 1869, XIX, 96).

Nel gennaio 1869 furono trovate morte nel proprio letto in Tarnapoli tre persone, le quali il giorno innanzi con pomata mercuriale, per guarire della scabbia, s'erano unto tutto il corpo. In tutti tre i cadaveri non appariva all'esterno veruna lesione in fuori di qualche macchia cadaverica, e di quelle consuete nella pelle prodotte dall'acaro. Internamente videsi la teca del cranio pregna di sangue, pieni i seni venosi di sangue fosco, e parimente iperemici il cervello, la tiroide, la mucosa dell'esofago, delle vie aeree; i polmoni aderenti alla pleura e pieni di sangue scuro e spumeggiante, disteso lo stomaco, iperemia dei reni, del fegato e della milza. Da tutti questi organi fu tratta per mezzo dell'analisi chimica grande quantità di mercurio (1). L' idrargirismo acuto avea pertanto in quei tre disgraziati prodotto iperemia in tutti gli organi, e discioglimento del sangue

Mercurio (Bicloruro di)

Il dott. Oettinger di Cracovia ha dato nell'ultimo *Jahresbericht für die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin.* La succinta storia di avvelenamento acuto prodotto dal sublimato corrosivo osservato dal dott. Malcz, e che per diversi riguardi merita ricordo.

Ad un fanciullo anemico, e con sifilide, fu dato internamente per isbaglio 70 centigrammi di sublimato; ne seguirono tosto violentissimi sintomi di gastro-enterite acuta con freddo (36°,3), ematemesi, perdita de' sensi, coma. Ogni *possibile antidoto* fu amministrato nelle prime 24 ore, non ommessa l'ipecacuana, ed insieme vennero ordinati gli analettici, gli antiflogistici, l'elettricità, la respirazione artificiale, i bagni caldi. Nel secondo giorno il medesimo stato, ritenzione dell'orina, trisma, evacuazioni sanguinolenti. Furono allora prescritti olio di ricino, clisteri freddi ogni volta che succedeva evacuazione, bagni. Nel terzo giorno dejezioni mucose, stomatite, glossite; temperatura a 37°, il polso con 126 battute. I medesimi rimedj, più scarificazioni della lingua, risciacquamento della bocca con decotto di china e clorato di potassa. Nel dì successivo granchi nella gamba sinistra e quindi paresi; bronchite. Dinuovo l'olio di ricino, e coppette scarificate sul petto. Nella 2ª settimana incominciarono i sintomi di *mercurialismo cronico*. La pelle bruna e secca; poscia erite-

1) Nell'originale sta scritto *mercurio metallico* (regulinisches Quecksilber) ciò che rispetto ai polmoni, al fegato, alla milza, ai reni, ecc. appena sembra credibile. Così nota il dott. Köhler negli *Schmidt's Jahrbücher*, 1871, N. VII, 24.

ma, eczema, pustole; colìo di saliva da 1 ad 8 libbre al giorno. Ulceri in bocca, disfagia, cardialgia, itterizia catarrale, cistite, edema, febbre, fino a 40°,8 C., sudori, frequenti sincopi. Caddero tutti i denti, staccandosi per necrosi lamine ossee della mandibola. Questi sintomi durarono tre mesi. L'orina conteneva albumina e mercurio. Soltanto dopo due anni il fanciullo era intieramente guarito (1).

E poichè siamo a dire del mercurio e de' mercuriali, sembraci non debba essere dimenticato il caso, che segue di avvelenamento con cianuro di mercurio.

Mercurio (Cianuro di).

Trovasi ora in commercio una sostanza per inargentare e detta appunto *Argentina*, la quale altro non è che è una soluzione di cianuro di mercurio in cianuro di potassio.

Una donna di 35 anni, una mattina di febbraio per tre quarti d'ora occupossi ad inargentare con tale materia diversi oggetti metallici, costretta essendo per essere di vista corta a starvi sopra china, e quindi di tener vicino alla faccia il cencio imbevuto di quel liquido. Una o due ore dopo violento dolor di testa, prurito nel collo, pizzicore nel naso insieme con profusa secrezione di muco; aumentando il malessere e la propensione al vomito fu la donna costretta ad andar in letto. Nella notte sudò moltissimo, e non potè dormire e vomitò con grandi sforzi da 12 a 15 volte. Il giorno appresso a cagione del languore, del dolor di capo e del male al collo non potè alzarsi: alla sera sopravvenne un vero accesso di soffocazione, ed allora soltanto andossi pel medico. Questi al suo giungere trovava la paziente seduta sul letto, con faccia assai rossa, con difficile e breve respiro e tormentata da tosse secca sì continua e spasmodica che le toglieva di pur dire una parola. Ciò che maggiormente le recava pena era il sentirsi come soffocata con grande ardore nel collo, dolore nelle tempia e vertigine: regolari le pupille, non turbata la vista, rossa la lingua ma senza panno. In bocca avea certo sapore acre, ed insieme nausea e conati di vomito: ogni volta che volgeva il collo da un lato acuto dolore nella fossa sopraclavicolare e sotto il manubrio dello sterno: polso di 90 battute. Del resto regolari le funzioni de' visceri e del ventre. Essendo già passato da 36 ore il dott. Martius non poteva fare che una cura sintomatica. Il mattino successivo avendo passata la notte inquieta, l'ammalata continuava a dolersi del violento mal di capo, era abbattuta e per di più molestata da dolorosi granchi ne' piedi.

Un emetico alleviò tutti questi sintomi; quindi scemando la rigidezza del collo, la tosse spasmodica, la cefalalgia, ed apparendo altresì, giusto n'era il tempo, la mestruazione, il miglioramento presto divenne guarigione. Anche il marito, uomo sano e robusto, sebbene per pochi minuti

(1) Berlin, 1877, I B. III Abth. S. 406.

avesse adoperato di quell' *argentina*, soffriva catarro nasale, rigidezza nel collo, tosse, dolor di capo e grande fiacchezza.

In questo caso l'acido carbonico contenuto nell'aria espirata più che mai valeva a fare svolgere l'acido cianidrico dalla soluzione di cianuro di cui era imbevuta la pezzuola, essendo che questa e gli oggetti da innargentare erano tenuti vicino, siccome fu avvertito, alla bocca ed alle narici. Singolare è poi che tanto tardasse l'azione dell'acido stesso giunto nel sangue per la via de' polmoni; e che neppure si trovassero sulle dita le lesioni che tali sostanze sogliono produrre.

L' autore (Giorgio Martius) poi domanda come va che materia si pericolosa per la salute abbia libero spaccio, essendone altresì fabbricatore un *farmacista* (1).

Santonina.

Ad un fanciullo di 4 anni, vennero prescritte alle 8 del mattino dodici pastiglie di cioccolata con santonina come vermifugo. Dopo due ore e mezzo il dott. Duclaux di Nancy che narra il caso trovava il fanciullo sonnolento, con occhi injettati di sangue ed insensibili alla luce; contratte amendue le pupille, le labbra rosse e gonfie, senza forza le membra. Piccolo il polso, tardo (45 battute); stentato il respiro, a sussulti e stertoroso; la pelle fredda e bagnata da viscido sudore. Gocciolava di continuo l'orina, onde che la biancheria del letto n'era bagnata e tinta di color giallo aranciato. Prescritto l'emetico, venne rigettata mezza pastiglia di santonina; si fecero frizioni analeptiche, ma ad un' ora dopo mezzogiorno niuna mutazione era avvenuta in fuori d'un lieve aumento nel polso (50) ed il vomito di tre altri pezzi di cioccolata. L'orina era sempre giallissima e con l'ammoniaca diventava rossa come sangue. Fu allora ordinato un cucchiajo di caffè con rhum ad ogni quarto d'ora, e continuando le frizioni, senapismi alle estremità. Alle 8 un po' di calore e maggior frequenza del polso (60), le pupille dilatate, ma non tornati ancora i sensi; il bambino non rispondeva ed a mala pena faceva qualche movimento. Durante la notte gli fecero bere 2 a 3 tazze di thè, e gli fu messo un clistere solutivo. La mattina avea migliorato e presto fu pienamente guarito.

Avea egli preso da 27 a 28 centigr. di santonina; il dott. Duclaux consiglia di non dare di cotesto medicamento più di 7 centigrammi al giorno (*Revue médic. de l'Est*, 1877, p. 260. — *Schmidt's Jahrb.*, 1877, CLXXV, 240).

Con questo caso ci piace di metter a confronto l' altro narrato dal dott. Sieveking, siccome esempio d'orticaria prodotta dalla *santonina*.

Ad un fanciullo di quattr' anni prescrisse il dott. Sieveking 3 grani

(1) « Bayer. ärztl. Intell. Blatt. », 1872, XIX, 11. — « Schmidt's Jahrb. » 1872, CBIV, 147.

di santonina con 5 di zucchero: tosto dopo quello fu colto da vomito, e quindi da violenta eruzione di orticaria per molta parte del corpo. Poichè v'era stato qualche disordine nella dieta, ad esso attribuì il medico i sintomi predetti e non al rimedio, del quale anzi ordinò di ripetere la dose. Ma come fu preso, l'eruzione riapparve sul naso spargendosi poscia per tutto il corpo, che ne rimase oltremodo gonfio. Mercè di un bagno caldo ogni cosa presto scomparve, ed il fanciullo, sebbene effetti vermifugi non si fossero vèduti, stava meglio. Il dott. Sieveking dubitò che impura fosse la santonina, ma l'analisi rimosse il sospetto; e però cotali effetti vanno posti insieme con gli altri che in certi soggetti si osservano in censeguenza dell'aver fatto uso del copaibe, o dell'aver mangiato certi molluschi, ecc. (*British medical Journal*, february 18 th., 1871. — *British and Foreign medico-chirurgical Review*, 1871 N. XCVI, p. 517).

L'orticaria prodotta dall'acido santonico è un fatto certamente insolito; ma nel caso in discorso sorge il dubbio se piuttosto allo stato di indigestione, che al principio attivo del *semen contra* debba attribuirsi il singolare effetto. Nè perchè con la prima dose il fanciullo vomitò, potevasi esser sicuri che stomaco ed intestini avessero qualsiasi impura superfluità evacuata: innanzi di ripetere il medicamento, perchè non dare un purgante?

Tartaro emetico.

In Inghilterra, dove del resto simili casi non sono nuovi, fece un po' alquanto rumore la morte di un stimatissimo avvocato co' sintomi di un avvelenamento da sostanza irritante: e cioè vomito intenso, poscia evacuazioni sanguinolente, le quali s'andavano ripetendo; perdita dapprima di senso, che ricuperati si mantennero liberi sino alla morte, avvenuta dopo 56 ore. Frattanto niuna alterazione nella bocca. Redwood trovò nelle materie vomitate, nelle altre contenute nell'intestino ed anche nell'orina tanta quantità d'antimonio, da far credere che per lo meno 10 grani (ossia 65 centigr.) fossero stati presi. Merita nota il fatto che nella sezione del cadavere non trovossi veruna alterazione nello stomaco e nell'intestino tenue, mentre il cieco era infiammatissimo. (*The Balham mistery. Lancet*, 1876, may 20, p. 755).

Nello stesso Giornale la settimana dopo il dott. Sagar riferiva il caso di avvelenamento, pure per tartaro emetico amministrato alla dose di 2-3 scrupoli (grammi 2,59 — grammi 3,88: nondimeno l'infermo guariva dopo 12 ore di vomito e di secesso (p. 799). Al quale proposito giova far notare come se v'hanno casi in cui la morte è avvenuta anche in adulti con soli 10 centig. di questo sale antimoniale, altri ve n'hanno in cui potè essere superato il pericolo malgrado che 6 grammi e perfino 15 ne fossero stati presi; ma in questi casi straordinarj il veleno fu preso tutto in una volta e in cambio d'altra sostanza, e il prontissimo vomito

riparò all'eccessiva dose. Invece il tristamente celebre Pritchard più sicuramente conduceva a morte le sue vittime avvelenandole poco per volta. In ogni modo è da tenere il maggiore riserbo nello stabilire la *dose letale* del tartaro stibiato.

VARIETÀ

Inchiesta medica sull'idrofobia. — *L' associazione medica britannica* in un'adunanza tenuta a Londra nello scorso novembre nominò una Commissione al fine di studiare ed accuratamente investigare le cause, la patologia ed i metodi di cura sull' idrofobia.

Cento lire sterline, vale a dire 2500 lire, furono stabilite per sostenere la spesa di questa grande inchiesta, la quale, secondo che afferma il *British medical Journal*, verrà condotta da tre sottocommissioni composte di uomini ragguardevolissimi. La prima ricercherà i luoghi ove avvennero in questi ultimi anni le morti per idrofobia, e l'ordine con cui succedettero: tale lavoro servirà di base ad una storia delle diverse epidemie locali, e per le opportune notizie verranno consultati i medici, gli uffiziali sanitari ed i veterinari de' luoghi medesimi. La seconda sottocommissione si occuperà principalmente della patologia della rabbia, e la studierà coi mezzi più sottili ed esatti, mediante il microscopio e l'analisi chimica; relazioni e documenti verranno chiesti a tutti coloro che saranno incaricati di fare notomia de' morti per idrofobia. Verranno pure date istruzioni speciali sui metodi migliori di conservare, per l'esame microscopico, le diverse parti del sistema nervoso e gli organi salivari, il cui studio può, come sembra probabile, dare i maggiori frutti. La ricerca de' metodi di cura, che parvero produrre qualche buon effetto, e l'esame de' rimedi riputati migliori formeranno oggetto di studio per la terza sottocommissione. Il *Moniteur Universel* del 13 novembre nel dare cotesta notizia soggiungeva come pure l' Accademia di Medicina e l'Accademia delle Scienze si erano occupate del tristissimo argomento. Può la rabbia manifestarsi in ogni stagione, ma più specialmente ne succedono i casi nei mesi di settembre, ottobre e novembre. Proust s' è accertato con documenti ufficiali che dal 1850 al 1876 le morti in conseguenza della terribile malattia furono in termine medio di 28 all'anno.

Risulterebbe altresì che una volta su due il morbo sarebbe innocuo; ma sì fatta proporzione non può considerarsi come certa, poichè bisogna ammettere non siasi tenuto conto di moltissimi morsi giudicati non pericolosi, o dubbi. Ed il pericolo è maggiore se scoperta sia la parte addentata, poichè il virus per nulla allora si spande nelle vesti e tutto viene assorbito dalla ferita.

In quasi due terzi de' casi (139 su 221) l'incubazione non durò più di 60 giorni; quand'anche siano molte le probabilità che, scorsi due mesi, non più si manifesti l'idrofobia, nondimeno può essa scoppiare anche dopo tre mesi e mezzo. L'età giovanile non abbrevia già, come fu detto, la durata dell'incubazione medesima. Di tutti i mezzi di cura adoperati, la cauterizzazione profonda ed immediata è sempre il più sicuro e migliore; de' morsicati così cauterizzati, se ne salvarono 80 su 100, mentre che 78 per 100 dei morsi non cauterizzati furono mortali. Il signor Mennesson poi per mezzo del prof. Bouley riferiva all' Istituto un caso d'idrofobia sorta in un giovine veterinario tre mesi dopo aver sezionato, avendo escoriazioni nelle mani, un cane morto d' idrofobia, ed annunziava d'esservi servito d' un *nuovo rimedio* per *calmare* il *dolore*. Fallite le iniezioni sottocutanee di morfina e le inspirazioni di cloroformio per frenare gli accessi convulsivi, la sola corrente elettrica, comunicata applicando un polo d'un apparecchio d'induzione alla nuca e l'altro alla pianta del piede, arrecò tale sollievo da concedere all' infermo di parlare e bere. Interrotta la corrente, perchè produceva violento dolore le convulsioni riapparvero; mitigaronsi nuovamente col riapplicare l'elettricità, ma fu momentanea e dopo due giorni di angosciosa lotta l'infelica soccombeva. (*Gazz. Uff. del Regno* 1877, 15 novembre, N. 267, pagina 4644).

Ora tutto questo che si dà per novità è da noi roba non solamente nota, ma da molto tempo in uso ; dalla Commissione per lo studio dell'idrofobia all'applicazione della corrente elettrica come rimedio del tremendo morbo noi qui in Italia, e precisamente in Milano, abbiamo avuto e sperimentato.

Fin dal 1856 quella Commissione permanente fu instituita presso lo Spedale Maggiore di Milano ; ad esso dobbiamo già parecchie relazioni, pazienti indagini anatomiche, osservazioni microscopiche, analisi chimiche, cimenti sugli animali, numerosi ma pur troppo senza frutto, tentativi di cura, tra' quali, per quattro volte, l'elettricità. In niun luogo poi, quando fra noi, fu tanto raccomandata e messa in pratica la cura locale con il fuoco, siccome la sola che dia speranza di preservare dalle formidabili sequele della morsicatura; epperò a buon diritto *italiano* fu detto cotale metodo.

Ma per tutto ciò può vedersi il Capo XI dell'*Igiene pubblica in Italia e degli studi degli Italiani in questi ultimi tempi*, informazione scritta per commissione del Ministero della pubblica Istruzione del professore A. Corradi e pubblicata in questi stessi *Annali* nel 1868.

Centenario d'Alberto Haller. — Il dì 12 del p. p. decembre con grande solennità commemoravasi la morte del sommo fisiologo, dell' arguto critico, dell' erudito bibliografo e che seppe pur essere non solo esperto botanico , ma nobile e delicato poeta. In quell' occasione vennero pubblicate varie Memorie ed insieme stette aperta per tre giorni

nella grande sala della Biblioteca Civica una mostra di oggetti appartenenti al grand'uomo, della quale venne stampato il Catalogo (1), dove con piacere vediamo figurare le Biblioteche di Brera e dell' Università di Pavia, che, ebbero parte della libreria Halleriana comperata dal Governo di Maria Teresa per 2000 luigi d'oro nel 1778, comprendeva ricca di 12,367 opere stampate e 145 manoscritti, e che allora premurosamente concorrevano ad ornare tale mostra inviando il catalogo de'manoscritti posseduti o di opere stampate pregevoli per note e addizioni da mano dell'Autore. Nella 1.ª sezione della mostra stessa stavano i busti, i ritratti di Haller; nella 2.ª le opere stampate con note manoscritte da lui possedute dalla Biblioteca Civica di Berna; nella 3.ª manoscritti e carteggio di Haller o ad esso attinente; nella 4.ª il catalogo cronologico di tutte le sue opere, e nell'ultima oggetti diversi (sigilli, tabacchiera ed anche un riccio di capelli!).

Tra le Memorie pubblicate notiamo il discorso recitato dallo stesso Haller nell' Università di Gottinga, essendone Rettore, il 2 gennajo 1747 (2); la Commemorazione dei medici svizzeri, ornata d' un ritratto d'Haller giovane di 28 nnni, e nella quale v'ha due pregevoli dissertazioni, una del dott. G. Burckhardt *über Sehneureflexe*, e l' altra del prof. H. Quincke sulla *Siderosis*, o deposizione del ferro ne'diversi organi del corpo (3). Nell'altra maggiore pubblicazione fatta per cura di speciale Commissione è data dal dott. Emilio Blösch la vita di Haller, il quale successivamente viene riguardato come poeta, come medico, come naturalista dal prof. Lodovico Hirzel, dal dott. Ad. Valentin, dal prof. L. Fischer e dal prof. Isidoro Bachmann (4): nessuno ha parlato di lui come storico, e bibliografo; e veramente è male, perchè meravigliosa era l'erudizione dell'Haller, fine la critica, onde che le più volte sono sicure, come accurate le sue indicazioni specialmente nelle opere a cui potè attendere direttamente o dare l'ultima mano. Le *Bibliothecae* ch'egli ha dato della Botanica, dell'Anatomia, della Chirurgia, della Medicina pratica. malgrado le lacune, le inesattezze e gli errori, sono preziosi tesori, e indispensabili guide per chi voglia conoscere la storia letteraria di quelle scienze. Se l'Haller è scienziato degno della massima venerazione, come uomo merita tutta la nostra stima e simpatia: ei desiderava di andare alla posterità *comme l'amì des hommes aussì bien que comme l'amì de la vérité*. E così vi andò e vi rimarrà.

(1) « Katalog zur Haller-Austellung am 11 und 13 December 1817 im grossen Saale der Staadbibiothek in Bern. » Bern 1877. 4.° p. 46.

(2) « Eine Rektoruts rede Albrechts von Haller oufgelegt undübersetzt von C. L. von Haller. » Bern 1877, 4.° p. 16.

(3) « Fetschrift dem Audenken an Albrecht von Haller dargebracht von den Aerzten der Schweizam 12 Dezember 1877. » Bern 1877, 4.° p. 58.

(4) « Albrecht von Haller geb. den 8 October 1708 — gest. den 12 December 1777. » — « Deukscrift heransgegeben von der damit beauftragten Commission auf den 12 December 1877. » Bern 1877, 4.° Con un ritratto in fotografia, e in fine il catalogo delle opere dello stesso Haller distribuite secondo la materia.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

del prof. A. DE-GIOVANNI.

(Da pag. 3 a pag. 18).

Beneke — *Patogenesi del reumatismo articolare.*
Traube — *Manifestazione di una più forte azione della digitale, ecc.*
Fraentzel — *Delirio nel reumatismo articolare acuto.*
Id. — *Polso alternante, ecc.*
Id. — *Terapia del reumatismo articolare.*
Striker — *Sui risultati della cura del reumatismo poliarticolare coll'acido salicilico.*
Riess — *Sull'uso interno dell'acido salicilico specialmente nella cura del reumatismo articolare.*
Senator — *Cura del reumatismo poliarticolare mediante iniezioni ipodermiche di acido carbolico.*
Abramowski — *Il reumatismo articolare acuto e suo modo di rispondere alla corrente indotta.*
Drosdorff — *Cura del reumatismo articolare acuto colla elettricità e l'acido salicilico.*
Heubner — *Cura dell'iperpiressia nel reumatismo articolare acuto.*
Cron — *Caso mortale di scorbuto.*
Marchand — *Incubazione del vaiuolo e della scarlattina.*
Förster — *Alcune osservazioni sul modo di diffondersi del morbillo e della scarlattina.*
Schwimmer — *Valore terapeutico dell'acido salicilico negli esantemi acuti.*
Wallenberg — *Un caso di permanente cangiamento di colore dei peli e della pelle in seguito a scarlattina*
Clever — *Un caso raro di scarlattina.*
Huettenbrenner — *Sulla recidiva degli esantemi acuti, e specialmente della scarlattina.*
Koerner — *Sulla recidiva della scarlattina.*
Burkhardt-Merian — *Esantema scarlattinoide recidivante.*
Schwarz — *Osservazioni e riflessioni sull' epidemia morbillosa dell'anno 1875-76.*
Schmidt-Rimpler — *Sulle affezioni oculari prodotte dal morbillo.*
Königstein — *Malattie oculari durante e dopo il morbillo.*
Ivanowsky — *Dei nodi parassitarii nei polmoni dei vaiuolosi.*
Keller — *Risultati dell'epidemia vaiuolosa negli anni 1872, ecc.*

Morf — *Osservazioni raccolte durante una epidemia vaiuolosa a Crefeld s. R. negli anni 1871-72.*

Hiller — *Ricerche sul contagio del vaccino.*

Voigt — *Il vaccino animale dello stabilimento amburghese di vaccinazione.*

Bez — *Della contemporaneità delle febbri esantematiche, ecc.*

Ricci — *Una nuova forma della infezione carbonchiosa.*

Capozzi — *Le malattie di cuore in mezzo al reumatismo articolare si oppongono assolutamente ed in ogni caso ai bagni termo-minerali?*

Bouchard — *Sull'eziologia della febbre tifoide.*

RIVISTA CHIRURGICA

del prof. A. SCARENZIO e dott. F. PARONA.

(Da pag. 19 a pag. 75).

Rizzoli — *Asportazione di estesa porzione di intestino retto per neoplasia fibrosa eseguita felicemente con metodo misto cruento e termo-caustico.*

Auger — *Il termo-cauterio nella cistotomia.*

Krishaber — *Il termo-cauterio nella tracheotomia.*

Bergeron — *Una vegetazione polipiforme sviluppatasi sui margini della ferita tracheale dopo la tracheotomia.*

Foulis — *Esportazione della laringe.*

Bottini — *Estirpazione incruenta di laringe e porzione di esofago.*

Filiette e Cazin — *Frattura con infossamento del parietale sinistro; guarigione senza trapanazione.*

Kraussold — *Sopra un cefalocele acquisito in causa di caduta.*

Valerani — *Estirpazione completa della parotide.*

Neumann — *Un contributo alla conoscenza della ranula.*

Neumann e Baumgarten — *Due casi di fistola colli-congenita cistica. (Cisti dei condotti delle branchie di Roser).*

Blondeau — *Epistassi vinta coll'applicazione d'un nastro stretto alla coscia.*

Zanfal — *Su di un modo d'impedire la penetrazione nelle trombe di Eustacchio dei liquidi iniettati nelle cavità nasali, per mezzo della otturazione delle aperture faringee delle trombe stesse.*

Patterson — *Sull'uso e l'abuso della doccia nasale e sul pericolo relativo all'introduzione dei liquidi nelle vie nasali.*

Schalle — *Un corpo straniero nell'orecchio medio a timpano illeso ed alcune osservazioni sulle doccie del naso e della gola.*

Fraenkel — *Sull'uso della doccia nasale.*

Langenbuck — *In qual modo si possa produrre un'anemia artificiale per le operazioni sulle labbra e sulla guancia.*

Vissaguet — *Dei tumori della regione geniale e della loro estirpazione.*

Otto Kustuer — *Dell'adenoma e del granuloma dell'ombelico nei fanciulli.*

Notta — *Tumore fibroso del palmo della mano; difficoltà di diagnosi; guarigione.*

Pereira Guimaraez — *Aneurisma della carotide primitiva; applicazione dell'elettricità sulla superficie del tumore; guarigione.*

Gibb — *Fasciatura elastica per la compressione dell'aorta.*

Smith — *Del trattamento sollecito dell'aneurisma popliteo colla fasciatura di Esmarch.*

Israel — *Di alcuni fenomeni curiosi che si osservano in seguito alla legatura della femorale.*

Sainclair Coghill — *Buoni effetti delle injezioni sotto-cutanee d'ergotina in un caso di gozzo fibro-vascolare.*

Bidder — *Sulla cura delle pseudartrosi mediante la infissione di chiodetti d'avorio.*

Bourguet — *Guarigione della pseudartrosi con le injezioni.*

Verneuil — *Patogenia del ginocchio valgo.*

Verebelyi — *Un caso di piede equino congenito ai piedi guarito collo sgusciamento sotto-periosteo del tallone.*

Lapponi — *Lussazione completa della coracoidea dell'omero per contrazione muscolare.*

Picco — *Caso di lussazione traumatica femoro-iliaca.*

Houzé de l'Aulnoit — *Ulteriori studi clinici intorno alle amputazioni sopra e sotto-periostee ed intorno all'emostasia naturale e definitiva al periodo anemico, col mezzo del rialzamento dell' arto e della pressione a bendaggio; grandi e piccole amputazioni sotto-periostee negli adulti.*

Le Dentu — *Disarticolazione del cotile.*

Poinsot — *Dell'intervento chirurgico nelle lussazioni complicate del collo del piede.*

Goetz — *Studio sulla spina ventosa con osservazioni raccolte all' Ospedale di S. Eugenia;*

Thomas — *Considerazioni sulla temperatura nel tetano.*

Masing — *Altri quattro casi di antrace interno.*

Rapporto alla Società di Chirurgia di Mosca — *Trattamento razionale delle piaghe. Metodo d'aereazione.*

Neurdorfer — *La cura chirurgica delle ferite.*

Fourestiè — *Processo particolare per la cura degli ascessi ossifluenti esterni voluminosi col metodo dei caustici*

Girard — *Sopra la così detta suppurazione bleu.*

Onimus — *Influenza della corrente continua nella suppurazione e cicatrizzazione delle piaghe.*

Sejournet — *Studio della sensibilità termica nelle ulceri varicose.*
Desormeaux — *Sopra la riunione per prima intenzione colla ovatta.*
Chassagny — *Modo particolare di metodica compressione per mezzo dell'aria e dell'acqua.*
Winiwarter — *Nuove osservazioni ed esperimenti sulla medicazione arsenicale nei tumori delle ghiandole linfatiche.*
Tripier — *Ricerche sugli accidenti prodotti dall'anestesia coll'etere nei ragazzi.*
Deuck — *Della rivulsione interstiziale colle iniezioni ipodermiche di nitrato d'argento.*
Broca — *Intorno alla trapanazione neolitica.*

RIVISTA DI TOSSICOLOGIA

del Prof. A. CORRADI.

(Dalla pag. 75 alla pag. 92).

Arsenico.
Elleboro.
Fosforo.
Jodio.
Mercurio.
Santonina.
Tartaro emetico.

VARIETÀ.

Inchiesta medica sull'idrofobia — pag. 75.
Centenario d'Alberto Haller — pag. 91.

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. **A. Corradi.**

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Prezzo delle Inserzioni Cent. 30 lal inea o spazio di linea di sette punti. Dirigere le Commissioni all'Ufficio Centrale d'Annunzi A. MANZONI E COMP., Via della Sala, N. 16, in Milano.

ANCELIN DESNOIX E C.IE. FARMACISTI

17, Rue Vieille du Temple, Paris.

L'EUFORBIO

Sparadrappo rubefacente rivulsivo contro le irritazioni del petto e della gola, le tossi, i reumi, la bronchite, la tosse ferina, la laringite acuta o cronica, i dolori reumatici, la lombaggine, la sciatica, ecc. — *Si trova da tutti i Farmacisti.*

Vendita in Milano da A. MANZONI e C., via Sala, 16, angolo di via S. Paolo.

SCOPERTA

Non più asma, nè tosse, nè soffocazione, mediante la cura della Polvere del Dottor **H. Clery**, di Marsiglia. — Scatola N. 1 L. **4**. Scatola N. 2 L. **8. 50**.

Deposito generale per l'Italia A. MANZONI e C., Milano, via della Sala, 16, angolo di S. Paolo.

ACQUA MINERALE ACIDULO-FERRUGINOSA DI

S.TA CATERINA

IN VALLE FURVA SOPRA BORMIO.

☞ per giudicar con coscienza sull'importanza dell'Acqua minerale di **Santa CATERINA**, diamo la contenenza di Acido Carbonico e Carbonato di ferro di ciascuna delle fonti più rinomate d'Italia, Francia, Svizzera, Germania. Da questo quadro comparativo tolto dalle analisi chimiche le più recenti, risulta *indiscutibile la superiorità dell'Acqua Minerale di Santa Caterina*, su tutte le altre fonti.

Denominazione della fonte	OGNI LITRO D'ACQUA CONTIENE		
	Gaz Acido Carbonico	Carbonato o Bicarbon. di Ferro	
SANTA CATERINA	2,4160	0,0876	*pari a* 0,0544 **Ossido di Ferro**
PEJO nel Trentino	1,7120	0,0789	» 0,0490
RABBI	1,6810	0,0611	» 0,0462
RECOARO nel Veneto	1,4621	0,0462	»
ZOGNO in Lombardia	— —	0,0490	»
VITERBO di Romagna	0,1254	0,0730	»
CAPRANICA di Roma	0,7445	— —	» 0,0380
S. BERNARDINO in Svizzera	traccie	0,0254	»
S. MAURIZIO »	2,3484	0,0327	»
TARASP-SCHULZ »	1,0120	0,0330	»
MARCOLS in Francia . . .	2,0720	0,0560	»
BUSSANG » . . .	0,4100	0,0170	»
FORGES » . . .	— —	0,0670	»
SAINT ALBAN » . . .	0,0840	0,0230	»
CATEAUDUN » . . .	1,1650	0,0370	»
PYRMONT STAHLBRUNNEN in Germania	1,2710	0,0770	»
PYRMONT-HELENENQUELLE »	1,3050	0,0366	»
SCHWALBACH-STAHLBRUNNEN »	1,5700	0,0837	»

Indirizzare le domande alla *Ditta Concessionaria* A. MANZONI e C.°, via della Sala, N. 16, angolo di S. Paolo, Milano, e nelle provincie dai principali Farmacisti.

FERRO BRAVAIS (Ferro dializzato Bravais)

Il solo adottato in tutti gli Ospitali
Ordinato da tutti i principali Medici
ANEMIA, CLOROSI, SPOSSATEZZA
PERDITA D'APPETITO, POVERTA DI SANGUE
FIORI BIANCHI, CONSUNZIONE

3 Medaglie, Esposizione di Parigi, Bruxelle, Filadelfia
di Francia e dell' Estero, per combattere:
DEBILITAZIONE, DEBOLEZZA DEI FANCIULLI
LINFATISMO, DIGESTIONI DIFFICILI
NEVRALGIE, STERILITA, PALPITAZIONI, ecc.

Il **Ferro dializzato** di cui il Sigr BRAVAIS ha creata la vera formola (fabbricata d'appresso i dati ch' egli solo possiede e con degli apparecchj speciali) non può essere imitato. Non può essere che contraffatto. Il pubblico è dunque pregato d'esigere sulla *capsula, etichetta o flacone*, il nome, la firma e la marca di fabbrica qui-contro, come garanzia.

DEPOSITO PRINCIPALE A PARIGI
13, rue Lafayette, 13
Laboratorio e Fabbrica a Asnières.

Il più bell' elogio che si possa fare di quest' incomparabile prodotto è di citare li apprezzamenti del Ferro Bravais, fatti dai primarj medici di Francia e anche dell' Europa.

« Benchè nessuno possa segnare un limite alle scoperte della scienza, dice uno di questi medici, dubito assai che si possa ancora trovare un ferruginoso d'una efficacità più energica, più assoluta che il Ferro Dializzato Bravais, possedente dei vantaggi superiori a tutti i ferruginosi, senza aver un solo degl' inconvenienti.

(Invio gratis dell' Opuscolo)

Deposito generale per l'*Italia* : A. MANZONI et C.
MILANO — Via della Sala, 14-16 — MILANO

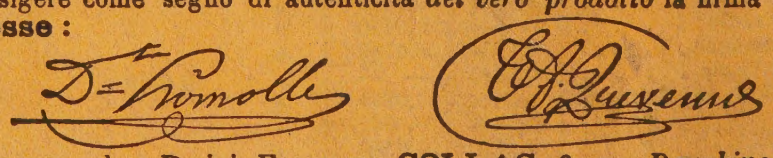
— Vendita da Zambeletti Farmacia Inglese, Piazza S. Carlo — Talini Giuseppe, via Manzoni Angolo Bigli — Carlo Erba — Farmacia Brera, Via Fiori Oscuri, 12, e nella Farmacia Ravizza di G. Maldifassi, angolo via Armorari.

GRANULI DI DIGITALINA
DI HOMOLLE E QUEVENNE
(Autori della Scoperta).

Medaglia d' Oro della Società di Farmacia di Parigi 1844. — Approvazione dell' Accademia di Medicina di Parigi 1850. — Formola inserita nel nuovo codice Francese 1866. — Concorso Orfila, Premio di 1400 fr. dell' Accademia di Medicina 1872.
SI IMPIEGA DA 30 ANNI NEGLI OSPITALI DI PARIGI.

La Digitalina di Homolle e Quevenne, principio attivo puro della Digitale porporina, s' impiega in tutti i casi ove è questa indicata, alla dose di 1 a 4 grani per giorno.

Questo medicamento *che ha ricevuto in Francia le più grandi ricompense che un medicamento possa avere,* ha visto nascere un gran numero di contraffazioni impure, mal preparate, che, cercando sostituirsi al prodotto dell' inventore, compromettono, sia la salute dell' ammalato, come la dignità del medico. Raccomandiamo dunque ai nostri collega Italiani di esigere come segno di autenticità *del vero prodotto* la firma dell' inventore **in lettere rosse :**



Deposito generale a Parigi, FARMACIA **COLLAS**, *8, rue Dauphine.*
Agenti generali per l'Italia : **A. MANZONI e C°**, *14, via della Sala,* MILANO.

GOTTA E REUMATISMI

Il METODO del Dott. LAVILLE della Facoltà di Parigi, guarisce gli accessi di Gotta come per incantesimo, di più esso ne previene il ritorno. — Questo risultato è tanto più rimarchevole perchè si ottiene con una medicazione la più semplice e di una efficacia ed innocuità che può esser paragonata a quella del chinino nella febbre.

Vedere in proposito le testimonianze dei principi della scienza, riassunti in un piccolo volumetto che si dà gratis dai nostri Depositari. — Esigere la marca di fabbrica ed il nome di J. Vincent, farmacista della Scuola di Parigi, solo ex-preparatore del dott. Laville e il solo da lui autorizzato. — Agenti per l'Italia A. MANZONI e C., Milano, via Sala, 16, e vendita al dettaglio nelle primarie farmacie.